

**Zmluva . 5010NSP2000117
o poskytovaní zdravotnej starostlivosti**

uzatvorená pod a § 7 zákona . 581/2004 Z. z. o zdravotných pois ovniach, doh ade nad zdravotnou starostlivos ou a o
zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov
(alej aj ako „zmluva“)

**lánok I
Zmluvné strany**

Union zdravotná pois ov a, a. s.

zastúpená: Ing. Elena Májeková, riadite ka sekcie zdravotného poistenia
so sídlom: Bajkalská 29/A, 821 08 Bratislava
I O: 36 284 831
DI : 2022152517
I DPH:
bankové spojenie: Štátna pokladnica
IBAN: SK37 8180 0000 0070 0025 6518
BIC: SUBASKBX
ozna enie registra: Okresný súd Bratislava I, oddiel: Sa, vložka íslo: 3832/B
právná forma: akciová spoločnosť
kód Union zdravotnej pois ovne, a. s.: 27
(alej len „zdravotná pois ov a“)

a

Všeobecná nemocnica s poliklinikou, n.o. Ve ký Krtíš

zastúpený: Ing. Pavel Bartošík, riadite
so sídlom: Nemocni ná 1, 990 01 Ve ký Krtíš
I O: 31908977
identifikátor poskytovate a (prvých šes znakov kódu poskytovate a): N51751
ozna enie registra:
(alej len "poskytovate ")

(spoločne aj ako „zmluvné strany“)

**lánok II
Kritéria na uzatváranie zmlúv o poskytovaní zdravotnej starostlivosti**

2.1. Zdravotná pois ov a na základe § 7 ods. 4 písm. a) zákona . 581/2004 Z. z. o zdravotných pois ovniach, doh ade nad zdravotnou starostlivos ou a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov stanovila a uverejnila na svojej úradnej tabuli a na webovom sídle zdravotnej pois ovne www.union.sk (alej len „webové sídlo zdravotnej pois ovne“) nasledovné kritériá na uzatváranie zmlúv o poskytovaní zdravotnej starostlivosti (alej len „kritériá“) vz ahujúce sa na:

- a) personálne vybavenie poskytovate a - poskytovanie zdravotnej starostlivosti prostredníctvom osôb, ktoré sp ajú podmienky na výkon zdravotníckeho povolania alebo samostatnej zdravotníckej praxe ustanovené pre daný odbor príslušnými všeobecne záväznými právnymi predpismi, najmenej na úrovni požiadaviek na personálne zabezpečenie zdravotníckych zariadení ur ené príslušnými všeobecne záväznými právnymi predpismi,
- b) materiálo-technické vybavenie poskytovate a - poskytovanie zdravotnej starostlivosti prostredníctvom materiálo-technického vybavenia najmenej na úrovni požiadaviek na materiálo-technické vybavenie zdravotníckych zariadení ur ené príslušnými všeobecne záväznými právnymi predpismi a len prostredníctvom zdravotníckych pomôcok, ktoré sp ajú technické požiadavky ustanovené zákonom . 264/1999 Z. z. o technických požiadavkách na výroby a o posudzovaní zhody a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov,
- c) geografickú dostupnosť zdravotnej starostlivosti – zabezpečenie zdravotnej starostlivosti pre poistencov zdravotnej pois ovne najmenej v rozsahu verejnej minimálnej siete poskytovate ov pod a nariadenia vlády SR . 640/2008 Z. z. o verejnej minimálnej sieti poskytovate ov zdravotnej starostlivosti v znení neskorších predpisov,
- d) indikátory kvality pod a nariadenia vlády SR . 752/2004 Z. z., ktorým sa vydávajú indikátory kvality na hodnotenie poskytovania zdravotnej starostlivosti v znení neskorších predpisov,
- e) poskytovate ov zdravotnej starostlivosti v zariadeniach spoločných vyšetrovacích a lie ebných zložiek v jednotlivých medicínskych odboroch laboratórnej medicíny - zavedenie interného systému kontroly kvality a zavedenie externého systému kontroly kvality,

a ktoré poskytovate splnil, na základe oho s ním zdravotná pois ov a uzatvorila zmluvu.

lánok III Predmet (rozsah) zmluvy

3.1. Predmetom zmluvy je dohodnutie podmienok poskytovania zdravotnej starostlivosti poistencom zdravotnej poisovne (alej len „poistenec“), poistencom členských štátov Európskej únie, Nórska, Lichtenštajnska, Islandu a Švajčiarska, cudzincom zo štátov, s ktorými má Slovenská republika uzatvorené medzinárodné dohody o poskytnutí zdravotnej starostlivosti, rozsahu poskytovanej zdravotnej starostlivosti, výšky úhrady za zdravotnú starostlivosť alebo spôsobu určenia výšky úhrady za zdravotnú starostlivosť, jej splatnosti a úprava ďalších právnych vzťahov vznikajúcich na základe zmluvy medzi zmluvnými stranami.

3.2. Poskytovatelia sa zaväzujú poskytovať zdravotnú starostlivosť poistencom na základe právoplatného povolenia na prevádzkovanie zdravotníckeho zariadenia (alej len „povolenie“) vydaného orgánom príslušným na jeho vydanie, v zmluve dohodnutom rozsahu zdravotnej starostlivosti pod prílohu 1, ktorá tvorí neoddeliteľnú súčasť zmluvy.

3.3. Zmluvné strany sa dohodli, že niektoré zmluvné podmienky definované v bode 3.1. zmluvy ako aj definície niektorých pojmov použitých v zmluve sú dohodnuté v príslušných prílohách, ktoré tvoria neoddeliteľnú súčasť zmluvy.

lánok IV Práva a povinnosti zmluvných strán

4.1. Zmluvné strany sú povinné v súvislosti s plnením predmetu zmluvy dodržiavať najmä nižšie uvedené predpisy. V prípade, že sa niektoré ustanovenie zmluvy stane nevykonateľným v dôsledku zmeny právnej úpravy, alebo bude v rozpore so všeobecne záväznými právnymi predpismi, na právne vzťahy upravené v zmluve sa použijú ustanovenia právnych predpisov. Zmluvné strany sa zaväzujú vyvinúť maximálne úsilie za účelom odstránenia nesúladow zmluvných dojednaní v dôsledku zmeny právnej úpravy uzatvorením dodatku k zmluve alebo uzavretím novej zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti.

- zákon č. 581/2004 Z.z. o zdravotných poisovních, dohoda nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (alej len „zákon č. 581/2004 Z.z.“),
- zákon č. 576/2004 Z.z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov,
- zákon č. 577/2004 Z.z. o rozsahu zdravotnej starostlivosti uhrádzanej na základe verejného zdravotného poistenia a o úhradách za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti v znení neskorších predpisov,
- zákon č. 578/2004 Z.z. o poskytovaní zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov,
- zákon č. 579/2004 Z.z. o záchrannej zdravotnej službe a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov,
- zákon č. 580/2004 Z.z. o zdravotnom poistení a o zmene a doplnení zákona č. 95/2002 Z.z. o poisovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov,
- zákon č. 538/2005 Z.z. o prírodných liečivých vodách, prírodných liečebných kúpeľoch, kúpeľných miestach a prírodných minerálnych vodách a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov,
- zákon č. 362/2011 Z.z. o liekoch a zdravotníckych pomôckach a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov,
- zákon č. 363/2011 Z.z. o rozsahu a podmienkach úhrady liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín na základe verejného zdravotného poistenia a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov,
- zákon č. 513/1991 Zb. Obchodný zákonník v znení neskorších predpisov,
- nariadenie (ES) Európskeho parlamentu a Rady č. 883/2004 o koordinácii systémov sociálneho zabezpečenia v platnom znení
- nariadenie Európskeho parlamentu a Rady (ES) č. 987/2009, ktorým sa stanovuje postup vykonávania nariadenia (ES) č. 883/2004 o koordinácii systémov sociálneho zabezpečenia v platnom znení,
- nariadenia vlády SR, vyhlášky, výnosy, opatrenia a ostatné vykonávacie a súvisiace predpisy, ktoré sú vydávané na základe všeobecne záväzných právnych predpisov a ktoré sa vzťahujú najmä na poskytovanie a úhradu zdravotnej starostlivosti, vždy v ústnom znení,
- odborné alebo metodické usmernenia, smernice, metodiky, koncepcie a iné obdobné predpisy, ktoré na základe všeobecne záväzných právnych predpisov v medziach svojich právomocí vydáva Ministerstvo zdravotníctva SR, Úrad pre dohodu nad zdravotnou starostlivosťou a iné ústredné orgány štátnej správy, ktoré sa obvykle zverejňujú vo vestníkoch a ktoré sa vzťahujú na poskytovanie zdravotnej starostlivosti, vždy v ústnom znení.

4.2. Poskytovatelia, v lehote desiatich kalendárnych dní od zmeny základných identifikačných údajov, najneskôr však v termíne najbližšej fakturácie poskytnutej zdravotnej starostlivosti, písomne alebo prostredníctvom elektronickej podateľne informuje zdravotnú poisovňu o zmene základných identifikačných údajov, napr. o zmene štatutárneho orgánu alebo jeho člena, bankového spojenia, identifikačného čísla organizácie, čísla telefónu a čísla faxu, ako aj o zmenách v zozname identifikačných kódov lekárov (sestier) a identifikačných kódov ambulancií, o zmenách vo veľkosti úväzkov lekárov (sestier) a ďalších skutočnostiach, ktoré môžu mať vplyv na riadne plnenie zmluvy, a to najmä o zmenách v personálnom a materiálno-technickom vybavení zdravotníckeho zariadenia.

4.3. Zmluvné strany sú povinné zachovávať mlčanlivosť o skutočnostiach, s ktorými prídu do styku pri plnení zmluvy. Za uvedené skutočnosti sa považujú najmä informácie, ktoré jedna alebo druhá zmluvná strana považuje za dôverné, ktoré zodpovedajú definícii obchodného tajomstva podľa príslušných ustanovení zákona č. 513/1991 Zb. Obchodný zákonník

v znení neskorších predpisov, ako aj osobné údaje alebo údaje chránené pod a osobitných predpisov. Táto povinnosť trvá aj po ukončení platnosti zmluvy; týmto nie sú dotknuté oznamovacie povinnosti vyplývajúce zo všeobecne záväzných právnych predpisov.

4. 4. Zmluvné strany sa zaväzujú pri spracovávaní osobných údajov postupovať v súlade so zákonom . 122/2013 Z. z. o ochrane osobných údajov v znení neskorších predpisov.

4. 5. Poskytovateľ má právo na úhradu zdravotnej starostlivosti poskytnutej poistencovi v súlade so zmluvou a s predpismi uvedenými v bode 4.1. zmluvy v zmluvne dohodnutej lehote splatnosti. Poskytovateľ zodpovedá za úplnosť, správnosť a pravdivosť vykazovaných údajov o poskytnutej zdravotnej starostlivosti.

4. 6. Poskytovateľ je povinný:

a) zdravotnej poisťovni doručiť kópiu právoplatného rozhodnutia o vydaní povolenia orgánom príslušným na vydanie povolenia z dôvodu vydania nového povolenia, a to v lehote desiatich kalendárnych dní odo dňa právoplatnosti tohto rozhodnutia; predložením nového právoplatného rozhodnutia o vydaní povolenia nedochádza k zmene rozsahu zdravotnou poisťovňou a poskytovateľom zmluvne dohodnutej zdravotnej starostlivosti¹; zmena rozsahu zdravotnej starostlivosti podľa prílohy . 1 je možná len písomným dodatkom k zmluve podľa bodu 10.4. zmluvy alebo uzavretím novej zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti,

b) zdravotnej poisťovni doručiť kópiu dokladu o vyznačení zmeny údajov v povolení vydaného orgánom príslušným na vydanie povolenia, ktorých zmena si nevyžaduje vydanie nového povolenia, a to v lehote desiatich kalendárnych dní odo dňa vykonania vyznačenia zmeny údajov v povolení,

c) zdravotnej poisťovni doručiť kópiu právoplatného rozhodnutia o dočasnom pozastavení povolenia vydaného orgánom príslušným na vydanie povolenia, a to v lehote desiatich kalendárnych dní odo dňa jeho právoplatnosti; v prípade dočasného pozastavenia povolenia poskytovateľ nie je oprávnený vykonávať činnosť, na ktorú bol oprávnený podľa dočasného pozastaveného povolenia; poskytovateľ nemá právo vykazovať na úhradu zdravotnej poisťovni výkony zdravotnej starostlivosti odo dňa právoplatnosti rozhodnutia o dočasnom pozastavení povolenia do zrušenia tohto rozhodnutia; týmto nie je dotknuté právo poskytovateľa a vykazovateľa fakturovať zdravotnej poisťovni výkony zdravotnej starostlivosti, ktoré realizoval pred nadobudnutím právoplatnosti rozhodnutia o dočasnom pozastavení povolenia a kedy splnil všetky zákonné podmienky na prevádzkovanie zdravotníckeho zariadenia,

d) zdravotnej poisťovni doručiť kópiu právoplatného rozhodnutia o zrušení povolenia vydaného orgánom príslušným na zrušenie povolenia, a to v lehote desiatich kalendárnych dní odo dňa jeho právoplatnosti,

e) overí si pred poskytnutím zdravotnej starostlivosti poistný vzťah poistenca k zdravotnej poisťovni a rozsah nároku poistenca na úhradu zdravotnej starostlivosti z verejného zdravotného poistenia s ohľadom na § 9 ods. 2 zákona . 580/2004 Z.z.; ak poistenec pri poskytnutí zdravotnej starostlivosti nemá preukázanie poistenca, alebo ak existuje dôvodná pochybnosť o jeho poistnom vzťahu k zdravotnej poisťovni, má poskytovateľ možnosť overiť si poistný vzťah poistenca na telefónnom čísle zákazníckeho centra zdravotnej poisťovne 0850 00 33 33 alebo na webovom sídle zdravotnej poisťovne; poskytovateľ má možnosť overiť si rozsah nároku poistenca na úhradu zdravotnej starostlivosti z verejného zdravotného poistenia na webovom sídle zdravotnej poisťovne; poskytovateľ pri vykazovaní zdravotnej starostlivosti na úhradu zdravotnej poisťovni postupuje v súlade s tým, že poistenec uvedený v zozname dlžníkov má podľa príslušného všeobecne záväzného právneho predpisu právo len na úhradu neodkladnej zdravotnej starostlivosti zo strany zdravotnej poisťovne, ak príslušný všeobecne záväzný právny predpis neustanovuje inak,

f) pri poskytovaní zdravotných výkonov v zariadeniach ambulantnej zdravotnej starostlivosti prístrojovým vybavením, ktoré je nad rámec minimálneho materiálne-technického vybavenia stanoveného príslušným všeobecne záväzným právnym predpisom, predloží zdravotnej poisťovni kópiu dokladu o vlastníctve alebo inom oprávnení využívať prístroj, certifikát k prístroju a písomne požiada zdravotnú poisťovňu o schválenie poskytovania zdravotných výkonov poskytovaných uvedeným prístrojovým vybavením; zdravotnou poisťovňou schválené zdravotné výkony podľa predchádzajúcej vety, s uvedením kódu zdravotného výkonu a kódu odbornosti ambulantnej zdravotnej starostlivosti, tvoria prílohu . 3 k zmluve,

g) vykazovať poskytnutú zdravotnú starostlivosť v súlade s nariadením vlády SR . 777/2004 Z. z., ktorým sa vydáva Zoznam chorôb, pri ktorých sa zdravotné výkony iasto neuhrádzajú alebo sa neuhrádzajú na základe verejného zdravotného poistenia v znení neskorších predpisov, v súlade s nariadením vlády SR . 776/2004 Z. z., ktorým sa vydáva Katalóg zdravotných výkonov v znení neskorších predpisov, v súlade s opatrením Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky . 08813-OL-2016, ktorým sa ustanovuje zoznam zdravotných výkonov pre klasifikačný systém diagnosticko-terapeutických skupín, v súlade s výnosom Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky . 09467/2015, ktorým sa ustanovujú pravidlá kódovania chorôb a pravidlá kódovania zdravotných výkonov, v súlade s platným metodickým usmernením o spracovaní a vykazovaní zdravotných výkonov poskytovateľom zdravotnej starostlivosti elektronickou formou vydaným Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou a v súlade s touto zmluvou; choroby podľa medzinárodnej klasifikácie chorôb v platnom znení vykazovať v troj – až päť miestnom tvare bez použitia bodky alebo iného interpunkčného znamienka.

h) nevykazovať zdravotnej poisťovni na úhradu také zdravotné výkony a s nimi súvisiace vyšetrenia poistenca, ktoré sú indikované v súvislosti s poskytovanou zdravotnou starostlivosťou, ktorá nie je uhrádzaná na základe verejného zdravotného poistenia,

i) oznamovať zdravotnej poisťovni k poslednému dňu v kalendárnom mesiaci na tlačive predpísanom Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou každé poskytnutie zdravotnej starostlivosti poistencovi v dôsledku preukázaného porušenia liečebného režimu alebo užitia alkoholu alebo inej návykovej látky, ako aj úrazy alebo iné poškodenie zdravia

¹ Uvedené neplatí v prípade, kedy bolo poskytovateľovi vydané nové povolenie so zúženým rozsahom poskytovanej zdravotnej starostlivosti.

poistenca, v súvislosti s ktorými poskytol poistencovi zdravotnú starostlivosť pri dôvodnom podozrení, že k úrazu alebo inému poškodeniu zdravia poistenca došlo zavineným protiprávnym konaním tretej osoby; smrti alebo úrazy, ťažké úrazy, hromadné úrazy a choroby z povolania je poskytovateľ zdravotnej starostlivosti povinný oznamovať všetky bez výnimky,

j) v prípade zmeny poskytovateľa a zdravotnej starostlivosti poskytujúceho zdravotnú starostlivosť v špecializačnom odbore stomatológia poistencom po vykonaní preventívnej prehliadky v uvedenom medicínskom odbore, vyžiada si od poistenca potvrdenie o vykonaní tejto preventívnej prehliadky u predchádzajúceho poskytovateľa a zdravotnej starostlivosti a založí ho do zdravotnej dokumentácie poistenca,

k) vykazovať zdravotnú starostlivosť na úhradu zdravotnej poisťovni pravdivo a správne; zdravotná starostlivosť je vykázaná nepravdivo, ak poskytovateľ vykázal zdravotnej poisťovni na úhradu zdravotnú starostlivosť, ktorú preukáže, že neposkytol alebo ju preukáže, že neposkytol v takom rozsahu, ako ju vykázal; zdravotná starostlivosť je vykázaná nesprávne, ak poskytovateľ vykázal poskytnutú zdravotnú starostlivosť zdravotnej poisťovni v rozpore so zmluvou a/alebo predpisom/predpismi uvedenými v bode 4.1. zmluvy,

l) viesť zdravotnú dokumentáciu v súlade so všeobecne záväznými právnymi predpismi tak, aby obsahovala pravdivý a úplný prehľad o poskytnutej zdravotnej starostlivosti a aby údaje v zdravotnej dokumentácii boli aktuálne,

m) dodržiavať poradiť poistencov v zozname poistencov akajúcich na poskytnutie plánovanej zdravotnej starostlivosti, ktorý vedie zdravotná poisťovňa a podľa všeobecne záväzného právneho predpisu, okrem prípadov neodkladného poskytovania zdravotnej starostlivosti,

n) poskytovateľ zdravotnej poisťovni údaje:

na) o poskytnutej zdravotnej starostlivosti uhrádzanej na základe verejného zdravotného poistenia (okrem údajov o zdravotnej starostlivosti poskytnutej v špecializačnom odbore psychiatria alebo v špecializačnom odbore detská psychiatria) podľa zoznamu zdravotných výkonov pre klasifikačný systém diagnosticko-terapeutických skupín a podľa zoznamu chorôb kódovaných podľa pravidiel kódovania chorôb a pravidiel kódovania zdravotných výkonov určených príslušným všeobecne záväzným právnym predpisom

nb) o nákladoch na poskytnutú zdravotnú starostlivosť uhrádzanú na základe verejného zdravotného poistenia okrem údajov o nákladoch na zdravotnú starostlivosť poskytnutú v špecializačnom odbore psychiatria alebo v špecializačnom odbore detská psychiatria

poskytovateľ v každom prípade poskytuje údaje zdravotnej poisťovni na základe jej predchádzajúcej žiadosti v rozsahu ako ich poskytuje Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou a v lehote určenej zdravotnou poisťovňou; ak údaje požadované zdravotnou poisťovňou obsahujú osobné údaje, ktoré v zmysle všeobecne záväzného právneho predpisu/predpisov nemožno poskytnúť tretej osobe bez súhlasu dotknutej osoby, poskytovateľ takéto osobné údaje pred ich poskytnutím zdravotnej poisťovni upraví do takej podoby, v ktorej ich nemožno priradiť dotknutej osobe, ktorej sa týkajú; týmto nie je dotknutá možnosť poskytovateľa poskytnúť zdravotnej poisťovni osobný údaj, s ktorého poskytnutím zdravotnej poisťovni dotknutá osoba udelila súhlas,

o) v prípade indikácie výkonov spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek, ktoré sú zahrnuté do spektra výkonov uhrádzaných v rámci preventívnej prehliadky, vystaví samostatnú žiadosť,

p) viesť, aktualizovať a na predchádzajúcu žiadosť zdravotnej poisťovne jej v lehote 5 pracovných dní od vyžiadania poskytnúť zoznam poistencov akajúcich na poskytnutie plánovanej (t.j. inej ako neodkladnej) zdravotnej starostlivosti v rámci jednotlivých oddelení nemocnice a/alebo jednotlivých zariadení zdravotnej starostlivosti poskytovateľa (alebo len „zoznam poskytovateľa“) s uvedením mena, priezviska a dátumu narodenia poistenca, jeho poradia v zozname poskytovateľa, dátumu zaradenia poistenca do zoznamu poskytovateľa, dátumu plánovaného poskytnutia zdravotnej starostlivosti a odbornosti oddelenia nemocnice alebo zariadenia zdravotnej starostlivosti, v rámci ktorého má byť poistencovi poskytnutá zdravotná starostlivosť; táto povinnosť sa nevzťahuje na tú zdravotnú starostlivosť (choroby), pre ktorú je zdravotná poisťovňa povinná viesť zoznam poistencov akajúcich na poskytnutie plánovanej zdravotnej starostlivosti podľa všeobecne záväzného právneho predpisu (alebo len „zoznam zdravotnej poisťovne“),

q) postupovať tak, aby nedochádzalo k nárastu počtu poistencov zaradených do zoznamu poskytovateľa alebo do zoznamu zdravotnej poisťovne; na účely tejto povinnosti sa za nárast počtu poistencov považuje situácia, keď je v danom kalendárnom štvrtroku počet poistencov zaradených do zoznamu poskytovateľa o viac ako 5 % vyšší ako je počet poistencov zaradených do zoznamu poskytovateľa v bezprostredne predchádzajúcom kalendárnom štvrtroku, resp. keď je v danom kalendárnom štvrtroku počet poistencov zaradených do zoznamu zdravotnej poisťovne o viac ako 3 % vyšší ako je počet poistencov zaradených do zoznamu zdravotnej poisťovne v bezprostredne predchádzajúcom kalendárnom štvrtroku, pričom sa vychádza z údajov o počte poistencov akajúcich na poskytnutie plánovanej zdravotnej starostlivosti u poskytovateľa,

r) pravdivo, korektno a neskrešene informovať poistencov o podmienkach poskytovania zdravotnej starostlivosti poistencom a úhrady tejto zdravotnej starostlivosti zdravotnou poisťovňou,

s) počas trvania hospitalizačného prípadu a počas hospitalizácie na DRG nerelevantnom oddelení, ktorej predchádzala hospitalizácia na DRG relevantnom oddelení a/alebo ktorá pokračovala hospitalizáciou na DRG relevantnom oddelení, v prípade odporu enia ambulantnej zdravotnej starostlivosti, vrátane zdravotnej starostlivosti poskytovanej zariadením spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek, a/alebo služieb súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti na odporu enie (napr. žiadosť alebo výmenný lístok) na poskytnutie tejto zdravotnej starostlivosti resp. služieb súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti uviesť jednoznačný identifikátor súvisiaceho hospitalizačného prípadu (alebo len „ID hospitalizačného prípadu“) vytvorený podľa platného metodického usmernenia o spracovaní a vykazovaní zdravotných výkonov poskytovateľom zdravotnej starostlivosti elektronickou formou vydaného Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou, kód odporujúceho poskytovateľa (ambulancia alebo oddelenie) a dátum odporu enia.

4.7. Poskytovateľ ambulantnej zdravotnej starostlivosti formou písomnej žiadanky objednáva u zmluvného poskytovateľa zdravotnej poisťovne na poskytovanie služieb súvisiacej s poskytovaním zdravotnej starostlivosti dopravu poisťenca v priamej súvislosti s poskytovaním zdravotnej starostlivosti z miesta bydliska do zdravotníckeho zariadenia a späť alebo medzi dvoma zdravotníckymi zariadeniami, z nasledovných dôvodov,

- a) zdravotný stav neumožňuje poisťencovi samostatný pohyb alebo prepravu prostriedkami verejnej hromadnej dopravy, a/alebo
- b) poisťenec je zaradený do chronického dialyzačného programu alebo do transplantácie programu a preprava sa týka zdravotnej starostlivosti súvisiacej s týmito programami.

4.8. Poskytovateľ je oprávnený odporučiť alebo inak odoslať poisťenca na poskytnutie zdravotnej starostlivosti k inému poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti iba v prípade ak:

- a) ide o zdravotnú starostlivosť, na ktorej poskytnutie sa vyžaduje taký druh zdravotníckeho zariadenia, ktorý poskytovateľ neprevádzkuje, alebo ide o takú medicínsku odbornosť, v rámci ktorej poskytovateľ neprevádzkuje potrebný druh zdravotníckeho zariadenia,
- b) ide o zdravotnú starostlivosť, ktorá nie je predmetom zmluvného vzťahu medzi poskytovateľom a zdravotnou poisťovňou, alebo
- c) materiálne-technické a/alebo personálne vybavenie poskytovateľa neumožňuje poskytnúť poisťencovi potrebnú zdravotnú starostlivosť.

4.9. Poskytovateľ indikuje a predpisuje humánne lieky, dietetické potraviny a zdravotnícke pomôcky v súlade s preskripciami a indikačnými obmedzeniami, množstvovými a finančnými limitmi uvedenými v zozname kategorizovaných liekov, v zozname kategorizovaných zdravotníckych pomôcok a v zozname kategorizovaných dietetických potravín pod a zákona č. 362/2011 Z.z. o liekoch a zdravotníckych pomôckach a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (ale len „zákon o liekoch a zdravotníckych pomôckach“); v prípade zoznamov uvedených v tomto bode je vždy rozhodujúce ich znenie platné v čase indikácie alebo predpisania lieku, zdravotníckej pomôcky alebo dietetickej potraviny. Ak ide o lieky uvedené v prílohe č. 1 k zákonu o liekoch a zdravotníckych pomôckach, predpisujúci lekár je povinný predpísať humánny liek s obsahom tohto lieku uvedením názvu lieku za dodržania podmienok ustanovených v § 119 ods. 5 zákona o liekoch a zdravotníckych pomôckach. Pri predpisovaní humánneho lieku spôsobom podľa predchádzajúcej vety a zdravotníckej pomôcky a dietetickej potraviny je predpisujúci lekár povinný postupovať ústne a hospodárne podľa súasných poznatkov farmakoterapie a plniť ostatné povinnosti podľa § 119 zákona o liekoch a zdravotníckych pomôckach.

Poskytovateľ predpisuje o kovacej látke na lekárskom predpise v maximálnom množstve jednej dávky (injekcia/ampula) v reálnom čase plánovaného kovania podľa dávkovacej schémy uvedenej v súhrne charakteristických vlastností lieku alebo podľa kovacího kalendára pre povinné pravidelné kovanie detí a dospelých, ktorý vydáva Úrad verejného zdravotníctva Slovenskej republiky, v súlade s indikačným a preskripcijným obmedzením. Pre vylúčenie akýchkoľvek pochybností, o kovanie poisťenca mimo termínov uvedených o kovací kalendárom z objektívnych dôvodov, prípadne na základe požiadavky poisťenca alebo jeho zákonného zástupcu, sa nepovažuje za porušenie postupu poskytovateľa a pri predpisovaní o kovacej látke podľa tohto bodu.

4.10. Poskytovateľ lieky a zdravotnícke pomôcky, ktoré mu obstarala a dodala zdravotná poisťovňa, vykazuje na úhradu zdravotnej poisťovni s nulovou hodnotou súasne s vykázaním výkonu podania lieku, alebo zdravotníckej pomôcky.

4.11. Zdravotná poisťovňa je povinná uhradiť poskytovateľovi zdravotnú starostlivosť uhrádzanú na základe verejného zdravotného poistenia, poskytnutú jej poisťencom, v súlade s touto zmluvou a v súlade s predpismi uvedenými v bode 4.1. zmluvy v lehote splatnosti dohodnutej v zmluve.

4.12. Zdravotná poisťovňa sa zaväzuje, že všetky zmeny vo výkazníctve poskytovaných výkonov zdravotnej starostlivosti, okrem tých, ktoré vyplývajú zo všeobecne záväzných právnych predpisov, oznámi poskytovateľovi najmenej dva mesiace pred plánovaným vykonaním zmeny.

4.13. Postupy neupravené touto zmluvou môžu zmluvné strany riešiť dohodovacím rokovaním štatutárnych orgánov alebo nimi splnomocnených zástupcov v mieste sídla zdravotnej poisťovne. O priebehu a ukončení dohodovacieho rokovania sa spíše záznam, ktorý potvrdia zmluvné strany svojím podpisom. V prípade, že niektorá zmluvná strana odmietne podpísať záznam o dohodovacom rokovaní, uvedie sa táto skutočnosť v zázname. V takomto prípade sa považuje dohodovacie rokovanie za bezvýsledné; tým nie sú dotknuté práva ktorejkoľvek zmluvnej strany domáhať sa ochrany svojich práv a uplatňovania si nárokov prostredníctvom súdu. Dohodovacie rokovanie sa uskutočňuje spravidla do štrnástich dní od doručenia písomného návrhu na jeho konanie druhej zmluvnej strane. Dohodovacie rokovanie sa končí spísaním záznamu o jeho ukončení alebo odmietnutím podpísania záznamu o ukončení dohodovacieho rokovania jednou zo zmluvných strán.

4.14. Zdravotná poisťovňa uhrádza zdravotnú starostlivosť, ktorú poskytovateľ v Slovenskej republike poskytol poisťencom členských štátov Európskej únie, Nórska, Lichtenštajnska, Islandu, Švajčiarska alebo cudzincom zo štátov, s ktorými má Slovenská republika uzatvorené medzinárodné dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti (ale len „poisťenci EÚ“), v rozsahu a za podmienok určených príslušnými všeobecne záväznými právnymi predpismi alebo príslušnou medzinárodnou zmluvou a za rovnakých zmluvných podmienok ako zdravotnú starostlivosť poskytnutú poisťencom; to neplatí, ak je v príslušnej prílohe zmluvy dohodnutý spôsob úhrady zdravotnej starostlivosti formou ceny kapitácie, v takomto prípade sa pri dodržaní všetkých ostatných podmienok zdravotná starostlivosť uhrádza v rozsahu poskytnutých zdravotných výkonov.

4.15. Poskytovateľ udeľuje súhlas s poskytovaním akýchkoľvek vekovo dôverných štatistických údajov, ktoré poskytol Národnému centru zdravotníckych informácií na základe všeobecne záväzného právneho predpisu/predpisov a ktoré sa ho týkajú, zdravotnej poisťovni. Údaje podľa tohto bodu zmluvy budú použité za účelom účelového, efektívneho a hospodárneho vynakladania finančných prostriedkov z verejného zdravotného poistenia.

Príloha V Globálny rozpočet

5.1. Zmluvné strany sa dohodli, že zdravotná poisťovňa uhradí v súlade s touto zmluvou vykázanú a zdravotnou poisťovňou uznanú zdravotnú starostlivosť (alebo len „uznaná zdravotná starostlivosť“) bližšie určenú v prílohe 2a (okrem gynekologickej špecializovanej ambulantnej starostlivosti, všeobecnej ambulantnej starostlivosti, lekárskej služby prvej pomoci, záchranej zdravotnej služby, výkonov asistovanej reprodukcie), v prílohe 2b zmluvy, v prílohe 2c zmluvy, vrátane zdravotnej starostlivosti dohodnutej podľa § 8 ods. 3 vyhlášky MZ SR 412/2009 Z. z. v platnom znení, a uznaný špeciálny zdravotnícky materiál² (ak ho poskytovateľ vykazuje a ak náklady na špeciálny zdravotnícky materiál podľa zmluvy a/alebo podľa niektorého z predpisov uvedeného v bode 4.1. zmluvy nie sú zahrnuté v úhrade za zdravotnú starostlivosť v súvislosti, s ktorou bol špeciálny zdravotnícky materiál použitý) poskytnutý v príslušnom kalendárnom mesiaci poisťovcom zdravotnej poisťovne (okrem poisťencov EÚ) najviac do výšky celkovej mesačnej úhrady (alebo len „globálny rozpočet“). Zdravotná starostlivosť, na ktorú sa podľa tohto bodu globálny rozpočet nevzťahuje, sa uhradza bez určenia finančného rozsahu a v cenách uvedených v príslušných prílohách.

5.2. Výška globálneho rozpočtu na jeden kalendárny mesiac je

- a) **42.612,- eur**, ak pre daný kalendárny mesiac z písm. b) alebo c) tohto bodu zmluvy nevyplýva iná výška globálneho rozpočtu,
- b) **43.842,- eur** v období od 1.4.2017 do 31.10.2017,
- c) **38.305,- eur** v období od 1.11.2017 do 31.12.2017, ak najneskôr do 31.10.2017 nenadobudne platnosť a účinnosť zákon, ktorým sa sadzba poistného na verejné zdravotné poistenie pre štát (alebo len „sadzba“) upraví tak, že sadzba bude najmenej v priemere 4,01 % mesačne za celý kalendárny rok 2017.

5.3. V prípade, že v danom kalendárnom mesiaci poskytovateľ poskytne poisťovcom uznanú zdravotnú starostlivosť a špeciálny zdravotnícky materiál v takom rozsahu, že celková suma úhrady pri uplatnení jednotlivých výšok úhrad uvedených v príslušných prílohách zmluvy by bola nižšia ako je globálny rozpočet, jednotlivé výšky úhrad za poskytnutú uznanú zdravotnú starostlivosť sa pre daný kalendárny mesiac pomerne zvýšia tak, že celková suma úhrady sa rovná globálnemu rozpočtu.

5.4. V prípade, že v danom kalendárnom mesiaci poskytovateľ poskytne poisťovcom uznanú zdravotnú starostlivosť a špeciálny zdravotnícky materiál v takom rozsahu, že celková suma úhrady pri uplatnení jednotlivých výšok úhrad uvedených v príslušných prílohách zmluvy by bola vyššia ako je globálny rozpočet, jednotlivé výšky úhrad za poskytnutú uznanú zdravotnú starostlivosť sa pre daný kalendárny mesiac pomerne znížia tak, že výsledná suma úhrady sa rovná globálnemu rozpočtu.

5.5. Ak poskytovateľ počas sledovaného obdobia poskytne poisťovcom uznanú zdravotnú starostlivosť a špeciálny zdravotnícky materiál v takom rozsahu, že celková suma úhrady by pri uplatnení výšok úhrad za zdravotnú starostlivosť uvedených v príslušných prílohách bola v priemere za kalendárny mesiac o viac ako 20 % vyššia ako globálny rozpočet, zvyšuje sa globálny rozpočet o 10 %. Ak poskytovateľ počas sledovaného obdobia poskytne poisťovcom uznanú zdravotnú starostlivosť a špeciálny zdravotnícky materiál v takom rozsahu, že celková suma úhrady by pri uplatnení výšok úhrad za zdravotnú starostlivosť uvedených v príslušných prílohách bola v priemere za kalendárny mesiac o 20 % nižšia ako globálny rozpočet, znižuje sa globálny rozpočet o 10 %. Sledovaným obdobím pre účely tohto bodu je prvých šesť mesiacov po sebe nasledujúcich kalendárnych mesiacov z obdobia, počas ktorého bola v každom kalendárnom mesiaci výška globálneho rozpočtu rovnaká. Pre účelom určenia akýchkoľvek pochybností sa zmluvné strany dohodli, že ak nedôjde k zmene globálneho rozpočtu, nové sledované obdobie začína plynúť bezprostredne po skončení predchádzajúceho sledovaného obdobia; ak dôjde k zmene globálneho rozpočtu, nové sledované obdobie začína plynúť od kalendárneho mesiaca (vrátane), v ktorom sa uplatní nová výška globálneho rozpočtu. Globálny rozpočet zvýšený alebo znížený na základe tohto bodu zmluvy sa uplatní najskôr od štvrtého kalendárneho mesiaca nasledujúceho po skončení príslušného sledovaného obdobia s tým, že za účelom úpravy globálneho rozpočtu zmluvné strany bezodkladne uzatvoria dodatok ku zmluve.

5.6. Prvá veta bodu 5.5. zmluvy sa nepoužije, ak za sledované obdobie priemerný mesačný casemix index poskytovateľ a stúpnou o viac ako 5% v porovnaní s priemerným mesačným casemix indexom poskytovateľ a za bezprostredne predchádzajúci kalendárny rok. Casemix indexom poskytovateľ a sa rozumie podiel súčtu relatívnych váh všetkých hospitalizačných prípadov vykázaných do zdravotnej poisťovne a súčtu uznaných za príslušné obdobie a po tu všetkých hospitalizačných prípadov vykázaných do zdravotnej poisťovne a súčtu uznaných za príslušné obdobie s tým, že vo vzťahu ku kalendárnemu roku 2016 sa casemix indexom poskytovateľ a rozumie casemix index, ktorý by poskytovateľ

² Na účely I. V sa špeciálnym zdravotníckym materiálom rozumie špeciálny zdravotnícky materiál, ktorý je v zmysle jeho použitia zaradený do platného Zoznamu kategorizovaných špeciálnych zdravotníckych materiálov v zmysle zákona 363/2011 Z.z. o rozsahu a podmienkach úhrady liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín na základe verejného zdravotného poistenia a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (alebo len „Zoznam ŠZM“), a špeciálny zdravotnícky materiál, ktorý nie je zaradený v Zozname ŠZM a ktorého úhradu zdravotná poisťovňa uhradza.

dosiahol, ak by zdravotná poisťovňa pri úhrade zdravotnej starostlivosti za obdobie kalendárneho roku 2016 postupovala pod a systémom DRG v stave dojednanom od 1.1.2017.

5.7. Každá zo zmluvných strán na písomnú výzvu druhej zmluvnej strany pristúpi k rokovaniu o uzavretí dodatku ku zmluve alebo novej zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti, ktorou sa upraví globálny rozpočet, ak:

- a) dôjde k zásadnej zmene rozsahu alebo druhu zdravotnej starostlivosti, ktorú poskytovateľ poskytuje poistencom, ak tieto zmeny mali preukázateľný vplyv na počet poistencov, ktorým poskytovateľ poskytol zdravotnú starostlivosť,
- b) dôjde k legislatívnej a/alebo inej právne záväznej regulačnej úprave zdravotníckej autority majúcej vplyv na rozsah a úhradu poskytnutej zdravotnej starostlivosti,
- c) poskytovateľ poruší povinnosť podľa bodu 4.6. písm. q) a/alebo 4.8. zmluvy alebo ak hrozí porušenie o i len jednej z týchto povinností, alebo
- d) zdravotná poisťovňa zistí nedostatky v účelnosti, efektívnosti a hospodárnosti vynakladania prostriedkov verejného zdravotného poistenia, rozsahu a kvalite poskytovanej zdravotnej starostlivosti, dodržiavaní všeobecne záväzných právnych predpisov a zmluvných podmienok v dôsledku konania poskytovateľa.

5.8. Ustanovenia článkov VI a VII zmluvy sa vykladajú a aplikujú tak, aby bol naplnený účel článku V zmluvy. Ustanovenie bodov 8.1. a 8.2. zmluvy sa v prípade zdravotnej starostlivosti hradenej globálnym rozpočtom nepoužívajú.

Článok VI

Splatnosť úhrady zdravotnej starostlivosti a platobné podmienky

6.1. Poskytovateľ zdravotnej poisťovni predkladá účtovný doklad – faktúru (alebo len „faktúra“) za poskytnutú zdravotnú starostlivosť v zúčtovacom období, spravidla do 10-tich kalendárnych dní po uplynutí tohto zúčtovacieho obdobia, ak v zmluve nie je dojednané inak. Zúčtovacím obdobím je celý kalendárny mesiac. V prípade doručenia faktúry pred uplynutím zúčtovacieho obdobia sa za deň doručenia faktúry považuje prvý kalendárny deň nasledujúceho mesiaca. Poskytovateľ je povinný predložiť faktúru niektorým zo spôsobov uvedených v bode 9.1. alebo podľa bodu 9.2. zmluvy a to v zmluvne dohodnutých druhov poskytovanej zdravotnej starostlivosti. Ak nie je pre osobitné prípady uvedené v zmluve alebo v prílohách k zmluve dohodnuté inak, poskytovateľ vyvinie maximálne úsilie, aby pre účely úhrady zdravotnej starostlivosti hradenej globálnym rozpočtom používal iba jednu samostatnú faktúru za jedno zúčtovacie obdobie. Vzhľadom na povahu globálneho rozpočtu poskytovateľ berie na vedomie, že v prípade vystavenia viac ako jednej faktúry za jedno zúčtovacie obdobie, zdravotná poisťovňa uhradí celý globálny rozpočet iba ku jednej faktúre. Bezprostredne predchádzajúcimi dvoma vetami nie sú dotknuté oprávnenia zdravotnej poisťovne podľa I. VI a VII zmluvy a ani úhrada zdravotnej starostlivosti, ktorá nie je hradená globálnym rozpočtom.

6.2. Povinnou prílohou faktúry za poskytovanie zdravotnej starostlivosti sú elektronicky spracované dávky na dátových médiách (disketa, CD, USB kľúč) obsahujúce zoznam poskytnutých zdravotných výkonov, a to v platnom dátovom rozhraní určenom metodickým usmernením o spracovaní a vykazovaní zdravotných výkonov poskytovateľom zdravotnej starostlivosti elektronickou formou vydaným Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou.

Ak predmetom zmluvy podľa prílohy 1 k zmluve je:

- a) poskytovanie domácej ošetrovateľskej starostlivosti, povinnou prílohou faktúry pri prvej fakturácii poskytnutej ošetrovateľskej starostlivosti poistencovi je aj návrh na poskytnutie ošetrovateľskej starostlivosti tomuto poistencovi v písomnej alebo elektronickej podobe,
- b) poskytovanie jednodňovej zdravotnej starostlivosti, povinnou prílohou faktúry v prípade následných komplikácií a následných hospitalizácií po výkonoch jednodňovej zdravotnej starostlivosti je aj hlásenie o následnej komplikácii alebo následnej hospitalizácii po výkonoch jednodňovej zdravotnej starostlivosti v písomnej alebo elektronickej podobe.

6.3. Zdravotná poisťovňa vykoná kontrolu formálnej správnosti doručenej faktúry; pod kontrolou formálnej správnosti zmluvnej strany rozumejú kontrolu povinných náležitostí doručenej faktúry podľa platných právnych predpisov a jej príloh podľa bodu 6.2. zmluvy. Ak zdravotná poisťovňa zistí, že faktúra nie je v zmysle predchádzajúcej vety formálne správna, vráti (zašle) ju poskytovateľovi najneskôr do 10-tich dní odo dňa jej doručenia na jej doplnenie alebo opravu spolu s uvedením dôvodu vrátenia. V prípade vrátenia formálne nesprávnej faktúry poskytovateľovi plynie lehota stanovená pre kontrolu vecnej správnosti údajov, uvedená v bode 6.4. zmluvy a lehota splatnosti dohodnutá v bode 6.9. zmluvy, odo dňa opätovného doručenia formálne správnej faktúry do zdravotnej poisťovne.

6.4. U formálne správnej faktúry vykoná zdravotná poisťovňa najneskôr do 25-tich dní odo dňa jej doručenia kontrolu vecnej správnosti údajov uvedených vo faktúre a jej prílohách. Zdravotná poisťovňa najmä preverí, či osoby, ktorým poskytovateľ v zúčtovacom období zdravotnú starostlivosť poskytol, boli v zmysle poskytnutia zdravotnej starostlivosti poistencami zdravotnej poisťovne, alebo osobami, ktorým mohla byť poskytnutá zdravotná starostlivosť hradená zdravotnou poisťovňou. Zdravotná poisťovňa alebo zdravotná poisťovňa vykoná kontrolu, či zdravotná starostlivosť bola vykázaná v súlade so všeobecne záväznými právnymi predpismi a s touto zmluvou.

6.5. Ak zdravotná poisťovňa zistí, že vo faktúre a jej prílohách sú uvedené nesprávne, nepravdivé alebo neúplné údaje alebo sú vykázané v rozpore s touto zmluvou, spracuje tieto zistenia do elektronického chybového protokolu³ (alebo len „protokol sporných dokladov“); pri tomto oprávnení zdravotnej poisťovne vykoná kontrolu poskytovateľ a kontrolu všetkých údajov uvedených vo faktúre a jej prílohách v súlade s článkom VII zmluvy nie je týmto dotknuté. Zdravotná poisťovňa a protokol sporných dokladov zašle poskytovateľovi najneskôr do 25-tich dní odo dňa doručenia formálne správnej faktúry. Spolu s protokolom sporných dokladov zdravotná poisťovňa zašle poskytovateľovi aj súhrnný prehľad výsledku

³ Podľa Metodického usmernenia Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou 6/2013.

spracovania zdravotných výkonov (alej len „lekársky protokol“) a zdravotnou pois ov ou vystavený opravný ú tovný doklad (dobropis alebo archopis) na sumu vo výške rozdielu medzi poskytovate om fakturovanou sumou a sumou uznanou zdravotnou pois ov ou pod a lekárskeho protokolu. Ak ide o zdravotnú starostlivos hradenú pod a systémom diagnosticko-terapeutických skupín, súhrnný preh ad spracovania zdravotných výkonov obsahuje aj rekapituláciu hospitaliza ných prípadov, vrátane ich zaradenia do diagnosticko-terapeutických skupín a rekapituláciu výkonov spoloč ných vyšetrovacích a lie ebných zložiek poskytnutých po as poskytovania ústavnej zdravotnej starostlivosti hradenej pod a systémom DRG a zahrnutých v úhrade za hospitaliza ný prípad.

6.6. Zdravotná pois ov a uhradí poskytovate ovi faktúru vo výške sumy ur enej pod a lekárskeho protokolu, ak poskytovate vystaví a zdravotnej pois ovni doru í opravný ú tovný doklad (dobropis alebo archopis) na sumu vo výške rozdielu medzi ním fakturovanou sumou a sumou ur enou zdravotnou pois ov ou pod a lekárskeho protokolu, alebo zdravotnej pois ovni doru í pe iatkou a svojim podpisom potvrdený opravný ú tovný doklad vystavený a poskytovate ovi doru ený zdravotnou pois ov ou pod a bodu 6.5. zmluvy. Doru ením formálne a vecne správneho opravného ú tovného dokladu zdravotnej pois ovni sa faktúra považuje za vecne správnu. Tým nie je dotknuté právo poskytovate a na postup pod a bodu 6.7. zmluvy.

6.7. Ak poskytovate napriek zaslaniu opravného ú tovného dokladu pod a bodu 6.6. zmluvy nesúhlasí so skuto nos ami uvedenými v protokole sporných dokladov, má právo ich reklamova a písomne odôvodni vykázanie neuznaných zdravotných výkonov zdravotnej pois ovni do 10-ich dní od doru enia lekárskeho protokolu. Zdravotná pois ov a zašle poskytovate ovi písomné stanovisko k podanej reklamácií do 10-ich dní od jej doru enia. Ak zdravotná pois ov a akceptuje vykázanie reklamovaných sporných zdravotných výkonov alebo ich as ti, poskytovate vystaví samostatnú faktúru len na akceptované reklamované zdravotné výkony alebo ich as pod a platných dátových rozhraní a predloží ju zdravotnej pois ovni na úhradu. Prílohou tejto faktúry je elektronicky spracovaná dávka na dátovom médiu pod a platných dátových rozhraní v rozsahu akceptovanej reklamácie. Faktúra je vystavená za obdobie, v ktorom bola poskytnutá reklamovaná zdravotná starostlivos . Toto nemá vplyv na skuto nosti uvedené v bode 6.9. zmluvy.

6.8. Ak zdravotná pois ov a neakceptuje reklamáciu poskytovate a pod a bodu 6.7. zmluvy, poskytovate môže požiada zdravotnú pois ov u o rokovanie do 10-tich dní od doru enia písomného stanoviska zdravotnej pois ovne k podanej reklamácií. Rozpor obidve zmluvné strany prerokujú v sídle zdravotnej pois ovne do 40-tich dní od doru enia lekárskeho protokolu. O výsledku rokovania zdravotná pois ov a vyhotoví písomný záznam, ktorého jeden rovnopis zašle najneskôr do 10-ich dní od skon enia rokovania poskytovate ovi. V prípade, že výsledkom rokovania zmluvných strán bude akceptácia reklamovaných nehradených zdravotných výkonov alebo len ich as ti, poskytovate vystaví samostatnú faktúru na zdravotné výkony v rozsahu rokovaním akceptovanej reklamácie nehradených zdravotných výkonov. Prílohou tejto faktúry je elektronicky spracovaná dávka na dátovom médiu pod a platných dátových rozhraní v rozsahu rokovaním akceptovanej reklamácie. Faktúra je vystavená za obdobie, v ktorom bola poskytnutá reklamovaná zdravotná starostlivos . Toto nemá vplyv na skuto nosti uvedené v bode 6.9. zmluvy.

6.9. Zmluvné strany sa dohodli, že splatnos formálne a vecne správnej faktúry je 30 dní odo d a jej doru enia do zdravotnej pois ovne. V prípade doru enia vecne nesprávnej faktúry, pod a bodu 6.3. zmluvy sa faktúra považuje za formálne a vecne správnu až doru ením formálne a vecne správneho opravného ú tovného dokladu. V prípade, že formálne a vecne správny opravný ú tovný doklad je doru ený do 25-tich dní od doru enia vecne nesprávnej faktúry, splatnos takto opravenej faktúry je 30 dní od doru enia vecne nesprávnej faktúry do zdravotnej pois ovne. V prípade, že formálne a vecne správny opravný ú tovný doklad je doru ený po 25-tom dni od doru enia vecne nesprávnej faktúry, splatnos takto opravenej faktúry je 5 pracovných dní odo d a doru enia formálne a vecne správneho opravného ú tovného dokladu do zdravotnej pois ovne.

6.10. K splneniu záväzku zdravotnej pois ovne dôjde d om pripísania finan ných prostriedkov za poskytnutú zdravotnú starostlivos na ú et poskytovate a.

6.11. Faktúry, ako aj opravné ú tovné doklady sa považujú za doru ené do zdravotnej pois ovne, ak sú doru ené priamo na adresu sídla zdravotnej pois ovne, uvedené neplatí v prípade doru ovania pod a bodu 9.2. zmluvy.

6.12. Ak v prípade zdravotnej starostlivosti hradnej pod a systémom DRG hospitaliza ný prípad nie je vykázaný správne a z tohto dôvodu nebol zdravotnou pois ov ou uznaný a uhradený, má poskytovate právo ho opätovne vykaza na úhradu zdravotnej pois ovni. Týmto bodom nie je dotknuté oprávnenie zdravotnej pois ovne vykona u poskytovate a kontrolu vykazovania zdravotnej starostlivosti pod a systémom DRG v súlade s lánkom VII zmluvy.

6.13. Za správne vykázaný hospitaliza ný prípad sa považuje hospitaliza ný prípad vykázaný na úhradu zdravotnej pois ovni v súlade pravidlami kódovania chorôb a pravidlami kódovania zdravotných výkonov pod a príslušného všeobecne záväzného právneho predpisu a v súlade s ostatnými príslušnými podmienkami úhrady zdravotnej starostlivosti zdravotnou pois ov ou.

lánok VII Kontrolná innos

7.1. Zdravotná pois ov a vykonáva kontrolnú innos u poskytovate a zameranú na ú elnos , efektívnos a hospodárnos vynakladania prostriedkov verejného zdravotného poistenia, rozsah a kvalitu poskytovanej zdravotnej starostlivosti, dodržiavanie všeobecne záväzných právnych predpisov, vykazovanie zdravotnej starostlivosti hradenej pod a systémom DRG a alších zmluvných podmienok. Zdravotná pois ov a je oprávnená vykona kontrolnú innos (alej len „kontrola“) u poskytovate a kedyko vek aj bez predchádzajúceho oznámenia.

7.2. Zdravotná pois ov a vykonáva kontrolnú innos pod a bodu 7.1. zmluvy revíznymi lekármi, revíznymi farmaceutmi a revíznymi sestrami; ak ide o kontrolu hospodárenia vynakladania prostriedkov verejného zdravotného poistenia,

dodržiavania všeobecne záväzných právnych predpisov a/alebo zmluvných podmienok, aj inými zamestnancami poverenými výkonom kontroly na základe písomného poverenia na výkon kontroly (alej len „poverená osoba“).

7.3. Poverené osoby sa pred vykonaním kontroly preukážu platným písomným poverením na vykonanie kontroly a služobným preukazom. Poverené osoby vykonávajú vopred oznámenú kontrolu spravidla v pracovných dňoch v rade schválených ordinárnych hodín, pokiaľ sa s poskytovateľom v jednotlivom prípade nedohodnú inak. Pokiaľ zdravotná poisťovňa vykonáva kontrolu bez predchádzajúceho oznámenia, kontrolu vykonáva v rade schválených ordinárnych hodín, pričom kontrola nesmie v tomto prípade podstatným spôsobom narušiť bežnú prevádzku pracovísk poskytovateľa.

7.4. Poverené osoby sú pri výkone kontroly oprávnené:

- a) vstupovať do objektov, zariadení a prevádzok, na pozemky a do iných priestorov kontrolovaného subjektu, ak bezprostredne súvisia s predmetom kontroly,
- b) vyžadovať od kontrolovaného poskytovateľa a jeho zamestnancov, aby jej v určenej lehote poskytovali k nahliadnutiu originály dokladov, vyjadrenia a informácie, vrátane dátových médií, potrebných na výkon kontroly,
- c) vyžadovať súhlas kontrolovaného poskytovateľa a jeho zamestnancov,
- d) vykonať kontrolu len za prítomnosti poskytovateľa alebo ním poverenej osoby,
- e) vyhotoviť si výpisy, odpisy alebo kópie listín, dokladov a dokumentov súvisiacich s výkonom a predmetom kontroly, potrebné k preukázaniu zistení.

7.5. Poskytovateľ je povinný umožniť povereným osobám vykonanie kontroly a poskytnúť im požadované informácie, všetky požadované listiny, ktoré je povinný viesť a archivovať v zmysle príslušných právnych predpisov, potrebnú súhlas pri výkone kontroly a zdržať sa konaní, ktoré by mohlo mať negatívny vplyv na výkon kontrolnej činnosti.

7.6. O záveroch kontroly kontrolná skupina vypracuje:

- a) záznam o kontrole, ak kontrolou nezistí porušenie všeobecne záväzných právnych predpisov alebo porušenie podmienok zmluvy; doručenie záznamu o kontrole poskytovateľovi sa kontrola považuje za skončenú,
- b) protokol o kontrole, ak kontrolou zistí porušenie všeobecne záväzných právnych predpisov alebo porušenie podmienok zmluvy.

7.7. Poverené osoby vypracujú protokol o kontrole podľa bodu 7.6., písm. b) zmluvy, ktorý zašlú poskytovateľovi v lehote do 20 kalendárnych dní odo dňa skončenia kontroly. Protokol o kontrole sa doručuje štatutárnemu zástupcovi poskytovateľa osobne proti podpisu alebo doporučenou poštou alebo kuriérnou službou na adresu sídla poskytovateľa alebo prostredníctvom poštového zariadenia poskytovateľa.

7.8. Poskytovateľ má právo podať písomne námietky proti kontrolným zisteniam a záverom uvedeným v protokole o kontrole do 20 kalendárnych dní odo dňa doručenia protokolu o kontrole. Zdravotná poisťovňa sa k podaným námietkam vyjadří písomne alebo osobne prerokuje podané námietky s poskytovateľom v termíne s ním dohodnutom. Písomné vyjadrenie zdravotnej poisťovne k námietkam poskytovateľa sa považuje za zápisnicu k protokolu o kontrole. Ak sa námietky poskytovateľom prerokujú osobne, kontrolná skupina spíše zápisnicu k protokolu o kontrole o výsledku prerokovania námietok poskytovateľom. Poskytovateľ má právo na uvedenie svojho písomného vyjadrenia k zápisnici k protokolu o kontrole. V prípade písomného vyjadrenia zdravotnej poisťovne k námietkam poskytovateľa má poskytovateľ právo na písomné vyjadrenie k zápisnici k protokolu o kontrole do 5 kalendárnych dní odo dňa doručenia písomného vyjadrenia zdravotnej poisťovne k námietkam poskytovateľom.

7.9. Pokiaľ poskytovateľ nepodal proti protokolu o kontrole námietky, protokol sa považuje za prerokovaný pracovným dňom nasledujúcim po márnom uplynutí lehoty na podanie námietok, pričom platí, že poskytovateľ súhlasí so zisteniami uvedenými v protokole. Zápisnica sa v tomto prípade nespíše.

7.10. Pokiaľ poskytovateľ odmietne podpísať zápisnicu k protokolu o kontrole, uvedie sa táto skutočnosť v zápisnici. Zápisnica k protokolu o kontrole sa doručuje štatutárnemu zástupcovi poskytovateľa osobne proti podpisu alebo doporučenou poštou alebo kuriérnou službou na adresu sídla poskytovateľa alebo prostredníctvom poštového zariadenia poskytovateľa.

7.11. Kontrola je ukončená dňom prerokovania protokolu o kontrole s poskytovateľom a spísaním zápisnice k protokolu o kontrole o výsledku prerokovania námietok poskytovateľom. V prípade písomného vyjadrenia zdravotnej poisťovne k námietkam poskytovateľa sa považuje kontrola za ukončenú dňom doručenia písomného vyjadrenia zdravotnej poisťovne k podaným námietkam poskytovateľom k protokolu o kontrole podľa bodu 7.8. zmluvy alebo márnym uplynutím lehoty na podanie písomného vyjadrenia k zápisnici k protokolu o kontrole. Ustanovenie bodu 7.10. zmluvy tým nie je dotknuté.

7.12. Za ukončenú sa považuje kontrola aj v takom prípade, ak poskytovateľ odmietne prevziať protokol o kontrole alebo zápisnicu k protokolu o kontrole alebo ak sa protokol o kontrole alebo zápisnica k protokolu o kontrole doručované poskytovateľovi doporučenou poštou alebo kuriérnou službou, vráti zdravotnej poisťovni ako nedoručené.

Článok VIII **Následky porušenia niektorých povinností**

8.1. V prípade, že zdravotná poisťovňa na základe vykonanej kontroly (článok VII zmluvy) zistí, že poskytovateľ vykázal zdravotnej poisťovni zdravotnú starostlivosť, ktorú preukázateľne neposkytol v celom rozsahu alebo v určitej jej časti a zdravotná poisťovňa takúto zdravotnú starostlivosť ošetrovať len s ňou uhradila (alej len „neoprávnená úhrada“), poskytovateľ sa zaväzuje, že zdravotnej poisťovni vráti takúto neoprávnenú úhradu alebo jej náhradu za podmienok podľa bodu 8.2. a 8.4. zmluvy.

8.2. Zmluvné strany sa dohodli, že pre vrátenie neoprávnenej úhrady pod a bodu 8.1. zmluvy, sa nevyžaduje predchádzajúce upozornenie druhej zmluvnej strany. Písomná výzva na vrátenie neoprávnenej úhrady pod a bodu 8.1. zmluvy musí obsahovať špecifikáciu porušenia povinnosti a výšku neoprávnenej úhrady.

8.3. V prípade zistenia neoprávnenej úhrady zdravotnou poisovňou pod a bodu 8.1. zmluvy je poskytovateľ v každom jednotlivom prípade povinný uhradiť zdravotnej poisovní zmluvnú pokutu až do výšky 50 % sumy neoprávnenej úhrady na základe výzvy zdravotnej poisovne pod a bodu 8.4. zmluvy.

8.4. Zmluvné strany sa dohodli, že poskytovateľ vykoná vrátenie neoprávnenej úhrady a/alebo úhradu zmluvnej pokuty pod a bodu 8.3. zmluvy vo výške uplatnenej zdravotnou poisovňou v lehote do 30 dní odo dňa doručenia písomnej výzvy zdravotnej poisovne.

8.5. Ak poskytovateľ v lehote pod a bodu 8.4. zmluvy nevráti zdravotnej poisovní neoprávnenú úhradu a/alebo neuhradí uplatnenú zmluvnú pokutu pod a bodu 8.3. zmluvy, je zdravotná poisovňa oprávnená vykonať jednostranný zápočet týchto pohľadávok voči najbližšiemu splatnému vyúťovaniu úhrady zdravotnej starostlivosti poskytovateľ a/alebo ďalším splatným vyúťovaniám úhrady zdravotnej starostlivosti poskytovateľ a.

8.6. Ak je zdravotná poisovňa v omeškaní s plnením svojho peňažného záväzku voči poskytovateľovi, má poskytovateľ právo uplatniť voči nej úrok z omeškania pod a príslušného ustanovenia zákona č. 513/1991 Zb. Obchodný zákonník v znení neskorších predpisov.

8.7. V prípade, že zdravotná poisovňa na základe vykonanej kontroly (lánok VII zmluvy) zistí, že predpisujúci lekár poskytovateľ a pri predpise liekov, zdravotníckych pomôcok alebo dietetických potravín nedodržiava predpísané, indikované obmedzenia alebo ich predpísal bez predchádzajúceho súhlasu revízneho lekára (ak sa tento vyžaduje), alebo ich predpísal na neregistrovanú alebo neschválenú indikáciu, alebo porušil povinnosť pod a § 119 ods. 11 zákona o liekoch a zdravotníckych pomôckach a zdravotná poisovňa tieto lieky, zdravotnícke pomôcky alebo dietetické potraviny uhradila poskytovateľovi lekárenskej starostlivosti, zdravotná poisovňa má právo na náhradu tohto plnenia voči poskytovateľovi, v mene ktorého predpisujúci lekár nesprávne (pod a tohto bodu) vystavil lekárske predpisy alebo lekárske poukazy. Zdravotná poisovňa je oprávnená voči najbližšiemu splatnému vyúťovaniu úhrady zdravotnej starostlivosti poskytovateľovi a/alebo ďalšiemu splatnému vyúťovaniu úhrady zdravotnej starostlivosti poskytovateľ a jednostranne započíta svoju pohľadávku, ktorá jej vznikla z titulu zrealizovania povinného plnenia poskytovateľovi lekárenskej starostlivosti pod a § 121 ods. 6 zákona o liekoch a zdravotníckych pomôckach.

8.8. Ak poskytovateľ poruší povinnosť vykazovať zdravotnú starostlivosť na úhradu zdravotnej poisovní pravdivo a správne tým, že vykázal poskytnutú zdravotnú starostlivosť na úhradu zdravotnej poisovní v rozpore so zmluvou a/alebo všeobecne záväznými právnymi predpismi (nesprávne vykázaná zdravotná starostlivosť), môže si zdravotná poisovňa uplatniť u poskytovateľ a zmluvnú pokutu. Výška zmluvnej pokuty pod a tohto bodu je až do výšky 50 % úhrady za nesprávne vykázanú zdravotnú starostlivosť za každý jednotlivý prípad. Body 8.4. a 8.5. zmluvy platia primerane aj pre úhradu zmluvnej pokuty pod a tohto bodu.

8.9. Uplatnením zmluvnej pokuty a jej úhradou nie je dotknutý nárok zdravotnej poisovne na náhradu škody.

8.10. Uhradením zmluvnej pokuty sa povinná zmluvná strana nezbavuje povinnosti splniť povinnosť vyplývajúcu z platných právnych predpisov alebo z ustanovení zmluvy, ktorú porušila.

8.11. Zmluvné strany sa dohodli, že v prípade porušenia povinnosti vyplývajúcej z článku IV niektorou zo zmluvných strán, s výnimkou povinností, pre ktoré je osobitne dojednaná zmluvná pokuta v ostatných bodoch tohto článku zmluvy, a povinnosti uvedenej v bode 4.1. zmluvy, je zmluvná strana povinná uhradiť oprávnenej zmluvnej strane zmluvnú pokutu až do výšky 300,- eur za každé jedno porušenie povinností.

8.12. Ak predpisujúci lekár poskytovateľ a vedome predpíše liek, zdravotnícku pomôcku a/alebo dietetickú potravinu v prospech inej osoby (najmä konzumácia, použitie alebo iné nakladanie s liekom, zdravotníckou pomôckou alebo dietetickou potravinou) ako je poistenec uvedený na príslušnom lekárskom predpise alebo lekárskom poukaze, môže si zdravotná poisovňa uplatniť zmluvnú pokutu u poskytovateľ a až do výšky 50 % ceny lieku, zdravotníckej pomôcky alebo dietetickej potraviny predpísanej neoprávnene pod a tohto bodu. Pre určenie výšky zmluvnej pokuty pod a tohto bodu je rozhodujúca maximálna výška úhrady zdravotnej poisovne za liek, zdravotnícku pomôcku alebo dietetickú potravinu v zmysle ich predpisu určenú rozhodnutím alebo všeobecne záväzným právnym predpisom príslušného orgánu.

8.13. Poskytovateľ je povinný zaplatiť zdravotnej poisovní zmluvnú pokutu až do výšky 50% hodnoty zdravotnou poisovňou uhradeného zdravotného výkonu, lieku, zdravotnej pomôcky, alebo dietetickej potraviny, ktoré v zmysle zaťaženia kontroly pod a článku VII zmluvy boli v zdravotnej dokumentácii zaznamenané v rozpore s platnými všeobecne záväznými právnymi predpismi a/alebo v nedostatku rozsahu, najmä ak údaje v zdravotnej dokumentácii neposkytujú úplný, pravdivý a v plnom rozsahu vrátane prehľad o zdravotnej starostlivosti poskytnutej poistencovi; za každé jedno takéto porušenie.

8.14. Zmluvnú pokutu vo výške 3% priemernej mesačnej hodnoty úhrad za zdravotnú starostlivosť vyplatených zdravotnou poisovňou poskytovateľovi v bezprostredne predchádzajúcich 5 kalendárnych mesiacoch, avšak minimálne 20,- eur, najviac 300,- eur, je poskytovateľ povinný zaplatiť zdravotnej poisovní za každé jedno:

- a) neposkytnutie, alebo odmietnutie súčinnosti pri vykonávaní kontroly pod a článku VII zmluvy,
- b) nekvalitné poskytovanie zdravotnej starostlivosti, ktoré sa zistí kontrolou zdravotnej poisovne,
- c) nesplnenie oznamovacej povinnosti vyplývajúcej z bodu 4.2. zmluvy.

8.15. Ak zdravotná poisovňa kontrolou úhrady za hospitalizačný prípad zistí, že poskytovateľ porušil pravidlá kódovania chorôb a pravidlá kódovania zdravotných výkonov pod a príslušného všeobecne záväzného právneho predpisu a

zdravotná poisov a uhradila za hospitalizačný prípad vyššiu úhradu, ako na ktorú má poskytovateľ ústavnej starostlivosti nárok podľa zmluvy,

a) po vykonaní kontroly na vzorke určenej diagnosticko-terapeutickej skupiny, kde vzorka obsahuje minimálne 5 % všetkých hospitalizačných prípadov a minimálne však 10 hospitalizačných prípadov vykázaných zdravotnej starostlivosti v kontrolovanom období v danej diagnosticko-terapeutickej skupine, zdravotná poisov a je oprávnená znížiť úhradu za všetky hospitalizačné prípady vykázané v kontrolovanom období o sumu priemerného rozdielu medzi výškou úhrady za hospitalizačný prípad a správnu výškou úhrady zistenej na kontrolovanej vzorke hospitalizačných prípadov, ktoré poskytovateľ ústavnej starostlivosti mal vykázať pri dodržaní pravidiel kódovania chorôb a pravidiel kódovania zdravotných výkonov podľa príslušného všeobecne záväzného právneho predpisu, za všetky hospitalizačné prípady vykázané v kontrolovanom období v danej diagnosticko-terapeutickej skupine, alebo

b) zdravotná poisov a je oprávnená uplatniť u poskytovateľa a nárok na náhradu plnenia nákladov za každý uhradený hospitalizačný prípad, ktorý bol chybné vykázaný, a to vo výške rozdielu medzi úhradou za hospitalizačný prípad vykázanou poskytovateľom a správnu výškou úhrady, ktorú mal poskytovateľ vykázať pri dodržaní pravidiel kódovania chorôb a pravidiel kódovania zdravotných výkonov podľa príslušného všeobecne záväzného právneho predpisu a zároveň je oprávnená uplatniť u tohto poskytovateľa a zmluvnú pokutu najviac vo výške 2-násobku rozdielu podľa predchádzajúcej vety, a to za každý kontrolovaný hospitalizačný prípad.

Ak zdravotná poisov a postupovala podľa tohto bodu zmluvy, ustanovenia bodu 8.1. a 8.3. zmluvy sa nepoužijú, ustanovenia bodov 8.2., 8.4. a 8.5. zmluvy sa použijú primerane. Ustanovenia bodu 8.15 zmluvy sa aplikujú najskôr na obdobie od 1.1.2018, ak všeobecne záväzný právny predpis neustanoví inak.

lánok IX Doruovanie

9.1. Zmluvné strany dorujú písomnosti, iné doklady a oznámenia, s doruovaním ktorých zmluva podľa (alebo len „zásielka“), niektorým zo spôsobov:

- a) poštou,
- b) kuriérom,
- c) osobne.

Zásielka doruovaná podľa tohto bodu sa považuje za doručenú ak bola doručená priamo na adresu určenú v článku I zmluvy.

9.2. Poskytovateľ môže zásielku - faktúru spolu s prílohami (s výnimkou dátového média), ako aj ostatné doklady podľa článku VI zmluvy, okrem niektorého zo spôsobov podľa bodu 9.1. zmluvy, doruovať zdravotnej poisovni aj elektronicky prostredníctvom portálu, ktorý prevádzkuje zdravotná poisov a na svojom webovom sídle za podmienky, že medzi poskytovateľom a zdravotnou poisovňou bola uzatvorená osobitná zmluva, ktorej predmetom je úprava spôsobu doručovania zásielky podľa tohto bodu a s tým súvisiacich úkonov.

9.3. Zmluvné strany sa dohodli, že zásielky s výnimkou korešpondencie podľa článku VI zmluvy a korešpondencie obsahujúcej osobné údaje alebo údaje chránené podľa osobitných predpisov, sa môžu doruovať aj e-mailom.

lánok X Trvanie, zmena a zánik zmluvy

10.1. Zmluva je uzatvorená dňom jej podpísania obidvoma zmluvnými stranami. Pokiaľ nedôjde k podpísaniu zmluvy obidvoma zmluvnými stranami v ten istý deň, považuje sa zmluva za uzatvorenú v deň, kedy zmluvu podpísala v poradí druhá zmluvná strana.

10.2. Zmluva nadobúda účinnosť prvým dňom nasledujúceho kalendárneho mesiaca po jej podpísaní oboma zmluvnými stranami (s výnimkou bodu 9.2. zmluvy, ktorý nadobudne účinnosť dňom nadobudnutia účinnosti osobitnej zmluvy podľa uvedeného bodu), za podmienky, že najneskôr deň pred nadobudnutím účinnosti bola zverejnená na webovom sídle zdravotnej poisovne. Účinnosť zmluvy sa pozastavuje počas a v rozsahu dočasného pozastavenia povolenia poskytovateľa; k pozastaveniu účinnosti zmluvy dôjde prvým dňom nasledujúcim po dni nadobudnutia právoplatnosti rozhodnutia o dočasnom pozastavení povolenia.

10.3. Zmluva sa uzatvára na dobu neurčitú, s výnimkou prílohy 2c k zmluve, ktorá je účinná do 31.3.2018.

10.4. Zmenu zmluvy je možné uskutočniť výlučne v písomnej forme na základe dohody zmluvných strán formou písomných a číslovaných dodatkov.

10.5. Zmluva zaniká:

- a) písomnou dohodou zmluvných strán,
- b) na základe výpovede z dôvodov uvedených v § 7 ods. 11 alebo § 7 ods. 15 zákona č. 581/2004 Z.z.
- c) v prípade zrušenia alebo zániku platnosti povolenia zdravotnej poisovne na vykonávanie verejného zdravotného poistenia alebo zániku zdravotnej poisovne alebo
- d) v prípade zániku platnosti povolenia poskytovateľa alebo zrušenia platnosti povolenia, ak súčasne nebolo vydané nové povolenie; ak poskytovateľ prevádzkuje zdravotnícke zariadenia na základe viacerých samostatných povolení a niektoré z nich (nie však všetky) bolo zrušené bez súčasného vydania nového povolenia, zmluva nezanká, iba sa

zužuje dohodnutý rozsah poskytovanej starostlivosti o zdravotnícke zariadenie/zariadenia, ktoré boli prevádzkované na základe povolenia, ktoré bolo zrušené.

lánok XI Záveré né ustanovenia

11.1. Vz ahy zmluvou neupravené sa riadia príslušnými ustanoveniami všeobecne záväzných právnych predpisov uvedených v bode 4.1. zmluvy.

11.2. Zmluva je vyhotovená v dvoch rovnopisoch, z ktorých sa každý považuje za originál. Každá zo zmluvných strán obdrží po jednom vyhotovení. Súhlas s celým obsahom zmluvy zástupcovia zmluvných strán vyjadria svojim podpisom na poslednej strane zmluvy.

11.3. Neoddelite nou sú as ou zmluvy sú nasledovné prílohy:

- Príloha . 1 Dohodnutý rozsah poskytovanej zdravotnej starostlivosti
- Príloha . 2a Podmienky úhrady poskytnutej ambulantnej zdravotnej starostlivosti
- Príloha . 2b Podmienky úhrady poskytnutej ústavnej zdravotnej starostlivosti
- Príloha . 2c Podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti pod a klasifika ného systému diagnosticko-terapeutických skupín

Príloha . 3 Zdravotnou pois ov ou schválené zdravotné výkony

11.4. Ak niektoré ustanovenia zmluvy nie sú celkom alebo s asti ú inné alebo neskôr stratia ú innos , nie je tým dotknutá platnos a ú innos ostatných ustanovení. Namiesto neplatných, prípadne neú inných ustanovení sa použije právna úprava, ktorá, pokia je to právne možné, sa o najviac približuje úmyslu a ú elu zmluvy, pokia pri uzatváraní zmluvy zmluvné strany brali túto otázku do úvahy.

11.5. Zmluva je pre zmluvné strany platná v rozsahu jej ustanovení a príloh vz ahujúcich sa na dohodnutý rozsah poskytovanej zdravotnej starostlivosti pod a prílohy . 1 k zmluve.

11.6. Zmluvné strany sa dohodli, že ku d u nadobudnutia ú innosti zmluvy zanikajú všetky zmluvy, na základe ktorých poskytovate poskytoval zdravotnú starostlivos poisťencom zdravotnej pois ovne v rovnakom vecnom rozsahu aký je dohodnutý v zmluve.

Bratislava d a 31.3.2017

Ve ký Krtíš d a 31.3.2017

Union zdravotná pois ov a, a.s.

Všeobecná nemocnica s poliklinikou,
n.o. Ve ký Krtíš

.....
Ing. Elena Májeková
riadiť ka sekcie zdravotného poistenia
na základe plnej moci

.....
Ing. Pavel Bartošík, riadiť

Príloha . 1
k zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti

Dohodnutý rozsah poskytovanej zdravotnej starostlivosti

V súlade s bodom 3.2. článku III tejto zmluvy si zdravotná poisťovňa u poskytovateľa a objednáva poskytovanie zdravotnej starostlivosti odbornými útvarmi zdravotníckeho zariadenia poskytovateľa s pridelenými kódmi poskytovateľa a zdravotnej starostlivosti podľa tejto prílohy, s uvedením ich odbornosti a druhu odborného útvaru.

Názov poskytovateľa a zdravotnej starostlivosti: **Všeobecná nemocnica s poliklinikou, n.o. Veľký Krtíš**

Identifikátor poskytovateľa a zdravotnej starostlivosti: **N51751**

Kód poskytovateľa a	Kód odbornosti útvaru*	Názov odbornosti útvaru	Druh odborného útvaru**
N51751001101	001	vnútorné lekárstvo	1
N51751007101	007	pediatria	1
N51751010101	010	chirurgia	1
N51751013101	013	úrazová chirurgia	1
N51751025101	025	anestéziológia a intenzívna medicína	1
N51751196101	196	JIS interná	1
N51751202101	202	JIS chirurgická	1
N51751205101	205	dlhodobo chorých	1
N51751001201	001	vnútorné lekárstvo	2
N51751001202	001	vnútorné lekárstvo	2
N51751007201	007	pediatria	2
N51751010201	010	chirurgia	2
N51751010202	010	chirurgia	2
N51751010203	010	chirurgia	2
N51751013201	013	úrazová chirurgia	2
N51751025201	025	anestéziológia a intenzívna medicína	2
N51751027201	027	fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia	2
N51751048201	048	gastroenterológia	2
N51751049201	049	kardiológia	2
N51751060201	060	geriatria	2
N51751063201	063	nefrológia	2
N51751319201	319	onkológia v chirurgii	2
N51751010401	010	chirurgia	4
N51751011401	011	ortopédia	4
N51751013401	013	úrazová chirurgia	4
N51751048401	048	gastroenterológia	4
N51751023501	023	rádiológia	5
N51751023502	023	rádiológia	5
N51751024501	024	klinická biochémia	5
N51751024502	024	klinická biochémia	5
N51751027501	027	fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia	5
N51751034501	034	klinická mikrobiológia	5
N51751187501	187	funkčná diagnostika	5
N51751001801	001	vnútorné lekárstvo	8
N51751007801	007	pediatria	8
N51751010801	010	chirurgia	8

Vysvetlivky:

* kód odbornosti útvaru v tvare „spp“ z kódu poskytovateľa (kód poskytovateľa má tvar „p99999sppyz“),

** kód druhu odborného útvaru v tvare „y“ z kódu poskytovate a:

1 – ústavná zdravotná starostlivosť

2 – ambulancia

3 – pracovisko

4 – útvar jednotlivej zdravotnej starostlivosti

5 – útvar spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek

6 – stacionár

8 – ambulancia centrálného príjmu alebo ústavnej pohotovostnej služby

Príloha . 2a
k Zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti

Podmienky úhrady poskytnutej ambulantnej zdravotnej starostlivosti

I. Špecializovaná ambulantná zdravotná starostlivosť

1. Poskytovateľ a zdravotná poisťovňa sa dohodli, že zdravotné výkony poskytovanej zdravotnej starostlivosti sa uhrádzajú takto:

a) zdravotné výkony poskytovanej zdravotnej starostlivosti vykázané poskytovateľom v súlade s nariadením vlády Slovenskej republiky č. 776/2004 Z. z., ktorým sa vydáva Katalóg zdravotných výkonov v znení neskorších predpisov sa ohodnocujú podľa bodov podľa „Zoznamu zdravotných výkonov a ich bodových hodnôt“ (alej len „zoznam výkonov“), ktorý tvorí prílohu nariadenia vlády SR č. 226/2005 Z.z. o výške úhrady za zdravotnú starostlivosť, ktorú uhrádza zdravotná poisťovňa a poskytovateľovi lekárskej služby prvej pomoci,

b) rozsah úhrady, ktorý uhradí zdravotná poisťovňa a poskytovateľovi predstavuje súčet bodov za zdravotný výkon podľa písmena a) tohto bodu a dohodnutej ceny bodu uvedenej v bodoch 3 až 6 tejto časti prílohy za všetky medicínsky indikované zdravotné výkony vykázané zdravotnej poisťovni a zdravotnou poisťovňou uznané zdravotné výkony,

c) zdravotný výkon, ktorý nemá v zozname výkonov určenú bodovú hodnotu, môže zdravotná poisťovňa a uhradiť poskytovateľovi len s jej predchádzajúcim písomným súhlasom a to najviac vo výške preukázateľných nákladov spojených s jeho poskytnutím,

d) do rozsahu podľa písmena b) a c) tohto bodu sa nezapočítavajú náklady na lieky plne alebo čiastočne uhrádzané na základe verejného zdravotného poistenia zaradené do Zoznamu kategorizovaných liekov, označené v stupni „spôsob úhrady“ písmenami „A“ a „AS“ (Na základe zákona č. 363/2011 Z.z. o rozsahu a podmienkach úhrady liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín na základe verejného zdravotného poistenia a o zmene a doplnení niektorých zákonov) a transfúzne lieky.

2. Poskytovateľ pri vykazovaní úhrady špecializovanej ambulantnej zdravotnej starostlivosti (alej len „ŠAS“) uvádza kódy chorôb podľa medzinárodnej klasifikácie chorôb v platnom znení v troj až päť miestnom tvare bez použitia bodky alebo iného interpunkčného znamienka.

3. Zdravotné výkony špecializovanej ambulantnej zdravotnej starostlivosti (alej len „ŠAS“) podľa tejto časti prílohy sa uhrádzajú cenou bodu vo výške **0,0197 €** s výnimkou zdravotnej starostlivosti uvedenej v bodoch 4 až 6.

4. Osobitne sa cenou bodu vo výške **0,0237 €** uhrádzajú výkony ústavnej pohotovostnej služby a centrálneho príjmu.

5. Osobitne sa cenou bodu vo výške **0,0073 €** uhrádzajú výkony spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek (alej len „SVLZ“) a výkony SVLZ prístrojové, poskytnuté na ambulancii ŠAS, okrem výkonov 5330, 5331, 5332.

6. Výkony SVLZ prístrojové, poskytnuté na ambulancii ŠAS 5330, 5331, 5332 sa uhrádzajú cenou bodu vo výške **0,0055 €**.

A. Špecializovaná ambulantná zdravotná starostlivosť v špecializačnom odbore vnútorné lekárstvo

Zdravotné výkony poskytovanej zdravotnej starostlivosti v špecializačnom odbore vnútorné lekárstvo sa uhrádzajú podľa podmienok uvedených v bodoch 1 až 6 časti Špecializovaná ambulantná starostlivosť.

Osobitne sa cenou bodu vo výške **0,0430 €** uhrádzajú zdravotné výkony preventívnych prehliadok vykonaných v rámci skríningu rakoviny konečníka a hrubého čreva podľa prílohy č. 2 k zákonu 577/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov poskytovateľovi **zaradenému** do programu skríningu kolorektálneho karcinómu v zmysle Odborného usmernenia Ministerstva zdravotníctva SR pre realizáciu programu skríningu kolorektálneho karcinómu* / účinného od 1. januára 2012 za podmienok podľa tejto tabuľky:

Kód výkonu	Vykazovanie / výsledok	Vek / frekvencia	Počet bodov / vyšetrenie
760sp 760pp	vykazuje sa v prípade pozitívneho nálezu s kódom choroby Z12.1	vo veku nad 50 rokov, raz za 10 rokov	1 350
760sn 760pn	vykazuje sa v prípade negatívneho nálezu s kódom choroby Z12.1		
763sp 763pp	vykazuje sa v prípade pozitívneho nálezu s kódom choroby Z12.1	vo veku nad 50 rokov, raz za 10 rokov	2 369
763sn 763pn	vykazuje sa v prípade negatívneho nálezu s kódom choroby Z12.1		

Vysvetlivky: * / Zoznam endoskopických pracovísk a zoznam špecialistov oprávnených na výkon skríningu kolorektálneho karcinómu je zverejnený na www.health.gov.sk.

B. Špecializovaná ambulantná zdravotná starostlivosť v špecializačnom odbore chirurgia

Zdravotné výkony poskytovanej zdravotnej starostlivosti v špecializačnom odbore chirurgia sa uhrádzajú pod a podmienok uvedených v bodoch 1 až 6 a) Špecializovaná ambulantná starostlivosť .

Osobitne sa cenou bodu vo výške **0,0430 €** uhrádzajú zdravotné výkony preventívnych prehliadok vykonaných v rámci skríningu rakoviny konečného čreva a hrubého čreva podľa prílohy 2 k zákonu 577/2004 Z. z. v znení neskorších predpisov poskytované ovi **zaradenému** do programu skríningu kolorektálneho karcinómu v zmysle Odborného usmernenia Ministerstva zdravotníctva SR pre realizáciu programu skríningu kolorektálneho karcinómu*/ úinného od 1. januára 2012 za podmienok podľa tejto tabuľky:

Kód výkonu	Vykazovanie / výsledok	Vek / frekvencia	Počet bodov / vyšetrenie
760sp 760pp	vykazuje sa v prípade pozitívneho nálezu s kódom choroby Z12.1	vo veku nad 50 rokov, raz za 10 rokov	1 350
760sn 760pn	vykazuje sa v prípade negatívneho nálezu s kódom choroby Z12.1		
763sp 763pp	vykazuje sa v prípade pozitívneho nálezu s kódom choroby Z12.1	vo veku nad 50 rokov, raz za 10 rokov	2 369
763sn 763pn	vykazuje sa v prípade negatívneho nálezu s kódom choroby Z12.1		

Vysvetlivky: */ Zoznam endoskopických pracovísk a zoznam špecialistov oprávnených na výkon skríningu kolorektálneho karcinómu je zverejnený na www.health.gov.sk.

C. Špecializovaná ambulantná zdravotná starostlivosť v špecializačnom odbore gastroenterológia

Zdravotné výkony poskytovanej zdravotnej starostlivosti v špecializačnom odbore gastroenterológia sa uhrádzajú pod a podmienok uvedených v bodoch 1 až 6 a) Špecializovaná ambulantná starostlivosť .

Osobitne sa cenou bodu vo výške **0,0430 €** uhrádzajú zdravotné výkony preventívnych gastroenterologických prehliadok podľa prílohy 2 k zákonu 577/2004 Z. z., v znení neskorších predpisov

a) poskytované ovi **zaradenému** do programu skríningu kolorektálneho karcinómu v zmysle Odborného usmernenia Ministerstva zdravotníctva SR pre realizáciu programu skríningu kolorektálneho karcinómu*/ ktoré nadobudlo účinnosť 1. januára 2012 (ale len „program skríningu kolorektálneho karcinómu“), podľa tejto tabuľky:

Kód výkonu	Vykazovanie / výsledok	Vek / frekvencia	Počet bodov / vyšetrenie
760sp 760pp	vykazuje sa v prípade pozitívneho nálezu s kódom choroby Z12.1	vo veku nad 50 rokov, raz za 10 rokov	1 350
760sn 760pn	vykazuje sa v prípade negatívneho nálezu s kódom choroby Z12.1		
763sp 763pp	vykazuje sa v prípade pozitívneho nálezu s kódom choroby Z12.1	vo veku nad 50 rokov, raz za 10 rokov	2 369
763sn 763pn	vykazuje sa v prípade negatívneho nálezu s kódom choroby Z12.1		

Vysvetlivky: */ Zoznam endoskopických pracovísk a zoznam špecialistov oprávnených na výkon skríningu kolorektálneho karcinómu je zverejnený na www.health.gov.sk.

b) poskytované ovi **nezaradenému** do programu skríningu kolorektálneho karcinómu podľa tejto tabuľky:

Kód výkonu	Vykazovanie	Vek / frekvencia	Počet bodov / vyšetrenie
763p	vykazuje sa s kódom choroby Z12.1	vo veku nad 50 rokov raz za 10 rokov, u osôb so zvýšeným rizikom ochorenia na rakovinu hrubého čreva a konečného čreva bez vekového obmedzenia, pri negatívite pri prvej kolonoskopickej prehliadke raz za 5 rokov	2 369

II. Zariadenia spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek

1. Zdravotné výkony poskytovanej zdravotnej starostlivosti vykázané poskytovateľom v súlade s nariadením vlády SR 776/2004 Z. z., ktorým sa vydáva Katalóg zdravotných výkonov v znení neskorších predpisov sa ohodnocujú podľa bodov uvedených v prílohe nariadenia vlády SR 226/2005 Z.z., o výške úhrady za zdravotnú starostlivosť, ktorú uhrádza

zdravotná poisťovňa a poskytovateľ lekárskej služby prvej pomoci, pod názvom Zoznam zdravotných výkonov a ich bodové hodnoty (ale len „Zoznam výkonov“).

2. Zdravotný výkon, ktorý nie je uvedený v Zozname výkonov (nemá určenú bodovú hodnotu) zdravotná poisťovňa a môže uhradiť poskytovateľ len s predchádzajúcim písomným súhlasom zdravotnej poisťovne a to najviac vo výške preukázateľných nákladov spojených s jeho poskytnutím.

3. Finančný rozsah, ktorý uhradí zdravotná poisťovňa a poskytovateľ poskytujúcemu zdravotnú starostlivosť v zariadení spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek (ale len „SVLZ“), s výnimkou špecializačných odborov uvedených pod písm. A), B) alebo C) tejto časti prílohy, predstavuje súčin počtu bodov za zdravotný výkon podľa Zoznamu výkonov a ceny bodu vo výške **0,0073 €** za všetky medicínsky indikované, zdravotnej poisťovňou správne vykázané a zdravotnou poisťovňou uznané zdravotné výkony.

4. Do finančného rozsahu sa nezapočítavajú náklady na lieky plne alebo čiastočne uhrádzané na základe verejného zdravotného poistenia zaradené v Zozname kategorizovaných liekov, označené v stĺpci „spôsob úhrady“ písmenom „A“ a „AS“¹, ani náklady na ďalšie pripočítané položky k zdravotným výkonom vykázané v súlade so všeobecne záväznými právnymi predpismi.

5. Poskytovateľ pri vykazovaní úhrady zdravotnej starostlivosti v zariadení SVLZ uvádza kódy chorôb podľa medzinárodnej klasifikácie chorôb v platnom znení v troj až päťmiestnom tvare bez použitia bodky alebo iného interpunkčného znamienka; v tejto časti prílohy sú kódy chorôb uvedené v tvare podľa medzinárodnej klasifikácie chorôb v platnom znení (ale len „kód choroby“).

A) Laboratórne vyšetrovacie metódy

1. Zmluvné strany sa dohodli, že poskytovateľ poskytujúci zdravotnú starostlivosť v zariadení SVLZ v špecializačných odboroch laboratórnej medicíny

a) vybrané zdravotné výkony Zoznamu výkonov vyказuje podľa novými kódmi a za podmienok uvedených v dokumente „**Usmernenie k vykazovaniu výkonov podobných vyšetrení**“,

b) zdravotné výkony podľa Zoznamu výkonov vyказuje pri rešpektovaní podmienok uvedených v dokumente „**Usmernenie k vykazovaniu laboratórnych výkonov**“,

c) pri vyšetrení onkomarkerov vyказuje len laboratórne zdravotné výkony, ktoré boli indikované za podmienok uvedených v dokumente „**Onkomarkery**“.

2. Dokumenty podľa predchádzajúceho bodu sú zverejnené na webovom sídle zdravotnej poisťovne www.union.sk. Zmluvné strany vyhlasujú, že ich obsah je známy v zmysle uzavretia zmluvy alebo dodatku, ktorej súčasťou táto príloha je. V prípade zmeny ktoréhokoľvek z dokumentov uvedených v predchádzajúcom bode zdravotná poisťovňa a informuje poskytovateľa a najneskôr 21 dní pred plánovaným dňom účinnosti takejto zmeny.

3. Finančný rozsah, ktorý uhradí zdravotná poisťovňa a poskytovateľ poskytujúcemu zdravotnú starostlivosť v zariadení SVLZ v špecializačných odboroch laboratórnej medicíny, predstavuje súčin počtu bodov za zdravotný výkon podľa Zoznamu výkonov a ceny bodu vo výške v rozmedzí **0,0047 € do 0,0062 €** za všetky medicínsky indikované, zdravotnej poisťovňou správne vykázané a zdravotnou poisťovňou uznané zdravotné výkony; výška ceny bodu závisí od splnenia motivačných kritérií uvedených nižšie:

J) základná cena bodu **0,0047 €** (podmienkou je interný a externý systém kontroly kvality a zabezpečenie prepravy biologického materiálu) sa navýši o **0,0005 €** za splnenia každého z nasledovných motivačných kritérií (ale aj „MK“)

Motivačné kritérium	Zmluvná cena bodu v € na základe splnenia MK
ordinačné hodiny - nepretržitá prevádzka a/alebo vykonávanie manuálne náročných zdravotných výkonov	0,0052
laboratórny informačný systém	
akreditácia	

4. Poskytovateľ poskytujúci zdravotnú starostlivosť v zariadení SVLZ v špecializačnom odbore patologická anatómia vyказuje zdravotné výkony súvisiace s cytologickým vyšetrením cervikálneho steru výlučne kódmi a za podmienok uvedených v tabuľke tohto bodu:

Kód výkonu	Názov výkonu	Počet bodov	Podmienky vykazovania
9980	Skríningové cytologické vyšetrenie steru z krčka maternice realizované konvenčnou metódou.	1 000	Vyказuje sa s kódmi choroby Z01.4, Z12.4, N72, N86, N87.0, N87.1, N87.2, N87.9, N88.8, N88.9, C53.0, C53.1, C53.8, C53.9, C54.0, C54.1, C54.2, C54.3, C54.8, C54.9, C55, C56, C80.9, D06.9;

¹ Zákon č. 363/2011 Z.z. o rozsahu a podmienkach úhrady liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín na základe verejného zdravotného poistenia a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

			výkon je možné vykáza maximálne jedenkrát za dvanás mesiacov na jedno rodné íslo
9980a	Cytologické vyšetrenie steru z kr ka maternice realizované konven nou metódou /vek poistenky do 23 rokov a nad 64 rokov/	1 000	Vykazuje sa s kódmi choroby Z01.4, Z12.4, N72, N86, N87.0, N87.1,N87.2, N87.9, N88.8, N88.9, C53.0, C53.1, C53.8, C53.9, C54.0, C54.1,C54.2, C54.3, C54.8, C54.9, C55, C56, C80.9, D06.9; výkon je možné vykáza maximálne dvakrát za dvanás mesiacov na jedno rodné íslo
9980b	Cytologické vyšetrenie steru z kr ka maternice realizované konven nou metódou /kontrolné cytologické vyšetrenie/	1 000	Vykazuje sa s kódmi choroby Z01.4, Z12.4, N72, N86, N87.0, N87.1,N87.2, N87.9, N88.8, N88.9, C53.0, C53.1, C53.8, C53.9, C54.0, C54.1,C54.2, C54.3, C54.8, C54.9, C55, C56, C80.9, D06.9; výkon je možné vykáza maximálne dvakrát za dvanás mesiacov na jedno rodné íslo

Poznámka:

Kódy choroby sú priradené ku kódu výkonu pod a výsledku cytologického vyšetrenia nasledovne:

- **negatívny nález** - kódy choroby: Z01.4; Z12.4,
- **pozitívny nález** - kódy choroby: N87.9 - ASC- US, AGC - NOS; N87.0 – LSIL, N87.1 a N87.2 – HSIL, AGC – FN, C53.0, C53.1, C53.8, C53.9, C54.0, C54.1, C54.2, C54.3, C54.8, C54.9, C55, C56, C80.9.alebo D06.9 (adekvátne aktuálnemu výsledku cytologického vyšetrenia).

Vykazovaná je kone ná diagnóza, ktorú stanoví lekár so špecializáciou v špecializa nom odbore patologická anatómia.

U poistenky, u ktorej bol cytologický nález vyhodnotený ako ASCUS, ASC-H a LSIL, je možné s výkonom 9952 vykáza výkon 4956, ktorým sa v tomto prípade vykazuje detekcia expresie markerov p16INK4a a Ki67, v maximálnom po te 2x na jednu poistenku. Výkon 4956 sa vykazuje s kódmi choroby N72, N87.0, N87.1, N87.2, N87.9, N88.9, C53.0, C53.1, C53.8, C53.9, D06.

5. Zdravotná pois ov a vyhlasuje, že revízny lekár zdravotnej pois ovne udelil predchádzajúci súhlas pod a § 42 ods. 5 a 6 zákona . 577/2004 Z.z. v znení neskorších predpisov s úhradou výkonov uvedených pod písm. A), v bode 1 písm. a) [okrem výkonov uvedených v písm. c) tohto bodu] a v bode 4 v zmluvne dohodnutej cene s podmienkou, že poskytovate nebude za zdravotnú starostlivos vo forme týchto výkonov požadova úhradu od poistenca, ktorému bol výkon poskytnutý. Poskytovate berie na vedomie, že tento súhlas revízneho lekára zdravotnej pois ovne

- a) je ú iný od nadobudnutia ú innosti zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti uzatvorenej medzi zdravotnou pois ov ou a poskytovate om a platí po dobu jej platnosti, pokia nebol zdravotnou pois ov ou odvolaný pod a písm. b) tohto bodu
- b) môže by kedyko vek, aj pred uplynutím doby uvedenej v písm. a), odvolaný na základe písomného odvolania súhlasu revízneho lekára zdravotnej pois ovne; odvolanie súhlasu nadobudne ú innos ku d u uvedenému v odvolaní súhlasu, a
- c) nevz ahuje sa na zdravotné výkony, ktoré pod a dojednaných zmluvných podmienok podliehajú schva ovaniu zdravotnej pois ovne na základe žiadosti.

6. Poskytovate je na žiados zdravotnej pois ovne povinný predloži kópie výsledkov externej kontroly kvality vo forme ako ich dostáva od spoločnosti, s ktorou má uzatvorenú zmluvu o vykonávaní externej kontroly kvality (doklad o zaradení do systému externej kontroly kvality a preh ad získaných certifikátov); táto povinnos sa vz ahuje na poskytovate a zdravotnej starostlivosti, ktorý poskytuje zdravotnú starostlivos v zariadeniach spoločných vyšetrovacích a lie ebných zložiek v odboroch klinická biochémia, patologická anatómia, hematológia a transfuziológia, klinická mikrobiológia, klinická imunológia a alergológia, nukleárna medicína, lekárska genetika a laboratórna medicína.

B) Zobrazovacie vyšetrovacie metódy

1. Finan ný rozsah, ktorý uhradí zdravotná pois ov a poskytovate ovi poskytujúcemu zdravotnú starostlivos v zariadení SVLZ špecializa nom odbore rádiológia, predstavuje sú in po tu bodov za zdravotný výkon pod a Zoznamu výkonov a ceny bodu vo výške v rozmedzí od **0,003900 €** do **0,008000 €** za všetky medicínsky indikované, zdravotnej pois ovni správne vykázané a zdravotnou pois ov ou uznané zdravotné výkony. Výška ceny bodu závisí od technických parametrov prístrojového vybavenia pracoviska a od splnenia kritérií uvedených v tabu ke tohto bodu:

Zobrazovacia modalita	Kritérium	Cenové úrovne pod a splnenia kritérií v €	Zmluvná cena bodu v €
osteodenzitometria	-	0,005500	x
konven né rtg	-	0,008000	0,008000
ultrasonografia	-	0,007303	0,007303
mamografia	Poskytovate , ktorý poskytuje menej ako 3.000 vyšetrení	0,007400	x

	za jeden kalendárny rok		
	Poskytovate , ktorý poskytuje minimálne 3.000 vyšetrení za jeden kalendárny rok	0,008000	
po íta ová tomografia	CT prístroj do 16 MSCT	0,004200	0,004400
	CT prístroj do 16 MSCT– 24 hodinová prevádzka	0,004300	
	CT prístroj 20 - 40 MSCT	0,004400	
	CT prístroj 20 - 40 MSCT– 24 hodinová prevádzka	0,004500	
	CT prístroj 64 MSCT a viac	0,004700	
	CT prístroj 64 MSCT a viac – 24 hodinová prevádzka	0,005000	
magnetická rezonancia	MR prístroj 0,2 T až 0,25 T pre vyšetrenie jedného orgánového systému - k bov	0,003900	x
	MR prístroj 0,25 T pre viac orgánovú diagnostiku	0,004600	
	MR prístroj 0,3 T - 1,0 T	0,004700	
	MR prístroj od 1,1 T do 2,9 T	0,004900	
	MR prístroj 3T a vyššie	0,005600	

2. V prípade, že poskytovate pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti v zariadení SVLZ použije špeciálny zdravotnícky materiál (alej len „ŠZM“) uvedený v Zozname kategorizovaných špeciálnych zdravotníckych materiálov v zmysle zákona . 363/2011 Z.z. o rozsahu a podmienkach úhrady liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín na základe verejného zdravotného poistenia a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (alej len „Zoznam ŠZM“) a preskrip ným obmedzením viazaný na špecializa ný odbor rádiológia, zdravotná pois ov a uhradí tento ŠZM ako pripo ítate nú položku k úhrade výkonu do výšky obstarávacej ceny ŠZM, najviac však do výšky príslušnej maximálnej úhrady zdravotnej pois ovne za ŠZM uvedenej v Zozname špeciálneho zdravotníckeho materiálu zverejneného na webovom sídle zdravotnej pois ovne pri sú asnom dodržaní všetkých ostatných príslušných podmienok úhrady ŠZM, ak nie je dojednané inak. Ak je obstarávacia cena ŠZM vyššia ako maximálna úhrada zdravotnej pois ovne za ŠZM ako pripo ítate nej položky uvedená v Zozname špeciálneho zdravotníckeho materiálu zverejneného na webovom sídle zdravotnej pois ovne, je tento rozdiel zahrnutý do úhrady výkonu, v súvislosti s ktorým bol ŠZM použitý. Týmto bodom nie je dotknutá výška doplatku poistenca na úhradu ŠZM.

3. Poskytovate ovi poskytujúcemu zdravotnú starostlivos v zariadení SVLZ v špecializa nom odbore rádiológia je úhrada zdravotnej pois ovne za použitý filmový materiál (FOTO) zahrnutá v cene poskytnutého zdravotného výkonu. Uvedené platí aj v prípade, že poskytovate dokumentuje a archivuje poskytnuté vyšetrenia v systéme PACS.

4. V cene poskytnutého zdravotného výkonu po íta ovej tomografie a/alebo magnetickej rezonancie je zahrnutá aj úhrada zdravotnej pois ovne za výkon aplikovania kontrastnej látky k príslušnému výkonu po íta ovej tomografie a/alebo magnetickej rezonancie.

C) Fyziatria, balneológia a lie ebná rehabilitácia

1. Finan ný rozsah, ktorý uhradí zdravotná pois ov a poskytovate ovi poskytujúcemu zdravotnú starostlivos v zariadení SVLZ v špecializa ných odboroch fyziatria, balneológia a lie ebná rehabilitácia a fyzioterapia predstavuje sú in po tu bodov za zdravotný výkon pod a Zoznamu výkonov okrem výkonov s kódmi 509a, 512, 513, 514a, 516, 518, 522, 523a, 530, 531, 532, 533a, 540, 541, 542 a ceny bodu vo výške **0,007303 €** za všetky zdravotné výkony indikované lekárom v špecializa nom odbore fyziatria, balneológia a lie ebná rehabilitácia, ktoré sú zdravotnej pois ovni správne vykázané a zdravotnou pois ov ou uznané.

2. Finan ný rozsah, ktorý uhradí zdravotná pois ov a poskytovate ovi poskytujúcemu zdravotnú starostlivos v zariadení SVLZ v špecializa ných odboroch fyziatria, balneológia a lie ebná rehabilitácia a fyzioterapia predstavuje sú in po tu bodov za zdravotný výkon pod a Zoznamu výkonov u výkonov s kódmi 509a, 512, 513, 514a, 516, 518, 522, 523a, 530, 531, 532, 533a, 540, 541, 542 a ceny bodu vo výške **0,011618 €** za všetky zdravotné výkony indikované lekárom v špecializa nom odbore fyziatria, balneológia a lie ebná rehabilitácia, ktoré sú zdravotnej pois ovni správne vykázané a zdravotnou pois ov ou uznané.

Príloha . 2b
k Zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti

Podmienky úhrady ústavnej zdravotnej starostlivosti

I. Ústavná zdravotná starostlivosť

1. Zdravotná starostlivosť poskytnutá poistencovi v ústavnej zdravotnej starostlivosti, poskytovateľom správne vykázaná a zdravotnou poisťovňou uznaná sa, s výnimkou zdravotnej starostlivosti hradenej podľa ú inej prílohy . 2c zmluvy a s výnimkou osobitne hradených výkonov uvedených alej v tejto prílohe, uhrádza nasledovne:

cenou za ukon enú hospitalizáciu

kód -	odbornosť	výška úhrady v €	Podmienky úhrady za hospitalizáciu poistenca
001	vnútorné lekárstvo	636	
196	JIS interná	636	
007	pediatria	444	
010	chirurgia	690	
202	JIS chirurgická	690	
013	úrazová chirurgia	799	
025	anestéziológia a intenzívna medicína	2247	Hospitalizácia poistenca, ktorého zdravotný stav vyžadoval nepretržitú intenzívnu starostlivosť najvyššieho alebo vyššieho stupňa a pri zlyhaní alebo zlyhávaní jednej alebo viacerých životných funkcií a orgánových systémov, podporu jednej alebo viacerých základných životných funkcií po as najmenej 24 hodín hospitalizácie na oddelení, nepretržité neinvazívne, ev. invazívne monitorovanie všetkých životných funkcií, vrátane záznamu, opakované sledovanie rozšírených hematologických a biochemických parametrov, opakované intervencie pre poruchu funkcie orgánových systémov alebo vnútorného prostredia. Za prístrojové udržiavanie životných funkcií sa nepovažuje krátkodobá umelá pľúcna ventilácia poistenca po anestézii. Pri posudzovaní odôvodnenosti hospitalizácie poistenca bude poisťovňa a prístupová vždy individuálne a ako pomocné kritérium uplatňovať TISS skórovací systém (Therapeutic Intervention Scoring System) a pri poruchách vedomia poistenca GCS (Glasgow Coma Scale)
205	dlhodobo chorých	1144	hospitalizácia trvá minimálne 21 dní

2. Na účely tejto prílohy sa za ukon enú hospitalizáciu považuje pobyt poistenca na lôžku u poskytovateľa a v trvaní dlhšom ako 24 hodín.
3. Za ukon enú hospitalizáciu sa považuje aj pobyt poistenca na lôžku oddelenia:
- anestéziologie a intenzívnej medicíny v trvaní kratšom ako 24 hodín (ak alej nie je uvedené inak)
 - gynekologie a pôrodnictva v trvaní kratšom ako 24 hodín, ak rodička svojvoľne opustila v deň pôrodu zdravotnícke zariadenie
 - ktorejkoľvek odbornosti ak hospitalizácia nebola dlhšia ako 24 hodín v dôsledku úmrtia poistenca.
- Všetky takéto prípady poskytovateľ vykazuje samostatnou dávkou a fakturuje samostatnou faktúrou za obdobie ukon eného kalendárneho mesiaca a zdravotná poisťovňa a ho poskytovateľovi uhradí vo výške 50 % z ceny za ukon enú hospitalizáciu na príslušnom oddelení.
- Pobyt poistenca zdravotnej poisťovne na lôžku v trvaní kratšom ako 24 hodín, ktorý nespĺňa podmienky uvedené v písmenách a) až c) tohto bodu poskytovateľ zdravotnej poisťovni vykazuje a účtuje ako výkony špecializovanej ambulantnej starostlivosti.
4. Cena za ukon enú hospitalizáciu zahŕňa všetky náklady, ktoré súvisia s poskytnutím zdravotnej starostlivosti hospitalizovanému poistencovi poisťovne u poskytovateľa a vrátane pobytu sprievodcu poistenca, okrem nákladov na:
- špeciálne zdravotnícke materiály používané v rámci ústavnej zdravotnej starostlivosti v rozsahu uvedenom v príslušnej časti tejto prílohy
 - výkony finančne náročné zdravotnej starostlivosti uvedené alej v tejto prílohe
 - transfúzne lieky, tkanivá a bunky poskytované pri transplantáciách, materské mlieko a iné zdravotné výkony, lieky a zdravotnícke pomôcky, pokiaľ to vyplýva z rozhodnutia Ministerstva zdravotníctva SR o regulácii cien výrobkov, služieb a výkonov v oblasti zdravotníctva.
5. Poskytovateľ môže zdravotnej poisťovni samostatnou faktúrou vykázať mimoriadne finančne náročné zdravotné starostlivosť, ak liečba predstavuje jedinou terapeutickú alternatívu a náklady poskytovateľ a na lieky a zdravotnícke

pomôcky, ktoré sú zahrnuté do úhrady hospitalizácie, presiahnu dvojnásobok sú tu ceny ukonenej hospitalizácie (uvedenej v bode 1 tejto prílohy) a príplatku k ukonenej hospitalizácii (príplatek sa berie do úvahy vo výške uvedenej v tejto prílohy), ak má poskytovateľ na tento príplatek nárok). Poskytovateľ po ukonenej hospitalizácii predloží zdravotnej poisťovni na schválenie individuálnu kalkuláciu ekonomicky oprávnených a preukázateľných nákladov na lieky a zdravotnícke pomôcky spoločne s kópiami ich nadobúdacích dokladov od dodávateľa a zdravotníckych pomôcok. Zdravotná poisťovňa uhradí poskytovateľovi mimoriadne finančné nároky zdravotnej starostlivosti vo výške schválenej revíznym lekárom zdravotnej poisťovne ako prílohu k ukonenej hospitalizácii.

6. Zdravotná poisťovňa a pri preklade jej poisťenca z jedného oddelenia na druhé oddelenie poskytovateľ a uhradí zmluvne dohodnutú cenu za ukonenej hospitalizáciu na každom oddelení len v medicínsky odôvodnených prípadoch; pri preklade sa do ukonenej hospitalizácie na jednom oddelení rovná dňa za iatku hospitalizácie poisťenca na ďalšom oddelení poskytovateľ a zdravotnej starostlivosti. V prípade, že je poisťenec počas jedného pobytu u poskytovateľa a zdravotnej starostlivosti viackrát hospitalizovaný na oddelení v tom istom špecializačnom odbore, zdravotná poisťovňa uhradí zmluvne dohodnutú cenu za ukonenej hospitalizáciu na oddelení v príslušnom špecializačnom odbore len raz.
7. Poskytovateľ je oprávnený odmietnuť poisťencovi zdravotnej poisťovne poskytnutie ústavnej zdravotnej starostlivosti iba v prípade, ak zdravotný stav poisťenca nevyžaduje nepretržité poskytovanie zdravotnej starostlivosti dlhšie ako 24 hodín.
8. Úhrada za výkony špecializovanej ambulantnej starostlivosti poskytnuté počas hospitalizácie je zahrnutá v úhrade za hospitalizáciu. V úhrade za hospitalizáciu je zahrnutá aj úhrada za výkony spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek v tom istom špecializačnom odbore, ako je špecializačný odbor oddelenia, na ktorom je poisťenec hospitalizovaný a výkony funkčnej diagnostiky príslušajúce odbornosti lôžkového oddelenia.
9. Ak je poisťenec hospitalizovaný za účelom plánovaného poskytnutia operačného výkonu a tento nie je z akýchkoľvek dôvodov vykonaný, zdravotná poisťovňa a neuhradí cenu ukonenej hospitalizácie. Poskytovateľ je oprávnený vykázať v dávke ambulantnej starostlivosti rovnakej odbornosti poskytnutie výkonu s kódom 60a.
10. Ak hospitalizácia poisťenca na oddelení dlhodobo chorých trvá kratšie ako 21 dní, takýto prípad poskytovateľ vykazuje samostatnou dávkou a fakturuje samostatnou faktúrou označenou textom „Osobitná úhrada 50“. Zdravotná poisťovňa a túto poskytnutú zdravotnú starostlivosť uhradí vo výške 50 % z ceny za ukonenej hospitalizáciu na príslušnom oddelení.
11. V prípade hospitalizácie poisťenca na jednotke intenzívnej starostlivosti, pokiaľ tejto zdravotnej starostlivosti predchádzala hospitalizácia na základnom oddelení poskytovateľa a/alebo po hospitalizácii na jednotke intenzívnej starostlivosti pokračuje hospitalizácia na základnom oddelení poskytovateľa, patrí poskytovateľovi úhrada za hospitalizáciu na základnom oddelení poskytovateľa a uvedená v bode 1 tejto prílohy. Pokiaľ bol poisťenec hospitalizovaný len na jednotke intenzívnej starostlivosti, patrí poskytovateľovi úhrada pre príslušnú jednotku intenzívnej starostlivosti vo výške uvedenej v bode 1 tejto prílohy.
12. Zdravotná poisťovňa a uhradí poskytovateľovi hospitalizáciu na lôžku oddelenia anestéziológie a intenzívnej medicíny v prípade pobytu poisťenca na lôžku supľujúceho starostlivosť jednotky intenzívnej starostlivosti vo výške 6% z ceny na oddelení anestéziológie a intenzívnej medicíny. Takéto prípady poskytovateľ vykazuje samostatnou dávkou, ku ktorej pripája zoznam poisťencov, ktorým bola poskytnutá zdravotná starostlivosť vrátane ich rodných čísel a fakturuje ich samostatnou faktúrou označenou textom „Osobitná úhrada OAIM“.
13. Zdravotná poisťovňa a neuhradí poskytovateľovi pobyt na lôžku oddelenia anestéziológie a intenzívnej medicíny v prípade prijatia kontinuálne kardiopulmonálne a cerebrálne resuscitovaného poisťenca, ktorý do hodiny od momentu prijatia zomrie; poskytovateľ v takomto prípade vykáže výkony poskytnuté počas resuscitácie spoločne s prílohou týmito položkami v dávkach ambulantnej starostlivosti.
14. Zdravotná poisťovňa a uhradí poskytovateľovi príplatek k ukonenej hospitalizácii na lôžku oddelenia vo vybraných odbornostiach (kód 010) vrátane príslušných odborností JIS vo výške **200,-€** za splnenia nasledovných podmienok:
 - a) dĺžka hospitalizácie vrátane pobytu na JIS bola minimálne 3 dni
 - b) poisťencovi poisťovne bol poskytnutý operačný výkon, ktorý nie je osobitne hradeným výkonom uvedeným v tejto prílohe a ani výkonom jednotkovej zdravotnej starostlivosti uvedeným v Odbornom usmernení MZ SR 12225/2009-OZS zo dňa 18.8.2009 v platnom znení
 - c) pri operačnom výkone bola podaná celková alebo regionálna anestézia lekárom so špecializáciou anestéziológia a intenzívna medicína (podanie anestézie sa vykazuje ako príloha k položke uvedená v platnom Metodickom usmernení ÚDZS pod kódom ANST12, ANST13, ANST01, ANST02 a ANST03 s nulovou cenou)Príplatek k cene za ukonenej hospitalizáciu poskytovateľ vykazuje ako prílohu k položke v dátovom rozhraní pre ústavnú starostlivosť pod kódom BONOPE v maximálnom množstve 1.

II. Úhrada špeciálnych zdravotníckych materiálov v rámci ústavnej zdravotnej starostlivosti

1. V prípade, že poskytovateľ pri poskytovaní ústavnej zdravotnej starostlivosti, s výnimkou ústavnej zdravotnej starostlivosti hradenej podľa inej prílohy 2c zmluvy, použije špeciálny zdravotnícky materiál (ale aj ako „SZM“) uvedený v Zozname kategorizovaných špeciálnych zdravotníckych materiálov v zmysle zákona 363/2011 Z.z. o rozsahu a podmienkach úhrady liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín na základe verejného zdravotného poistenia a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (ale aj ako „Zoznam SZM“), odôvodňuje použitie SZM písomne v zdravotnej dokumentácii poisťenca a SZM, ktoré:
 - a) vyžadujú súhlas zdravotnej poisťovne, poskytovateľ vykazuje samostatnou faktúrou za všetkých jej poisťencov, u ktorých boli SZM v príslušnom zúčtovacom období použité; povinnou prílohou faktúry sú kópie nadobúdacích dokladov schválených SZM a kópie lekárskej prepisovaciej správy poisťencov,

- b) nevyžadujú súhlas zdravotnej poisovne, poskytovateľ dokladuje kópiami ich nadobúdacích dokladov, ak si ich zdravotná poisovňa vyžiada.
2. V prípade, že poskytovateľ pri poskytovaní ústavnej zdravotnej starostlivosti, s výnimkou ústavnej zdravotnej starostlivosti hradenej podľa inej prílohy č. 2c k zmluve, použije ŠZM uvedený v Zozname ŠZM, zdravotná poisovňa uhradí tento ŠZM ako prílohu k položke k úhrade hospitalizácie do výšky obstarávacej ceny ŠZM, najviac však do výšky príslušnej maximálnej úhrady zdravotnej poisovne za ŠZM uvedenej v Zozname špeciálneho zdravotníckeho materiálu zverejneného na webovom sídle zdravotnej poisovne pri súasnom dodržaní všetkých ostatných príslušných podmienok úhrady ŠZM, ak nie je dojednané inak. Ak je obstarávacia cena ŠZM vyššia ako maximálna úhrada zdravotnej poisovne za ŠZM ako prílohu k položke uvedenej v Zozname špeciálneho zdravotníckeho materiálu zverejneného na webovom sídle zdravotnej poisovne, je tento rozdiel zahrnutý do úhrady hospitalizácie, v súvislosti s ktorou bol ŠZM použitý. Týmto bodom nie je dotknutá výška doplatku poistenca na úhradu ŠZM.
3. Ak je podľa platného Zoznamu ŠZM podmienkou úhrady zdravotníckej pomôcky aj predchádzajúci súhlas zdravotnej poisovne, zdravotná poisovňa a o udelení tohto súhlasu rozhoduje na základe predchádzajúcej písomnej žiadosti poskytovateľa a zdravotnej starostlivosti o úhradu zdravotníckej pomôcky pre konkrétneho poistenca, pokiaľ alej nie je uvedené inak. V prípade, že ide o použitie zdravotníckej pomôcky v súvislosti s poskytnutím neodkladnej zdravotnej starostlivosti poistencovi, poskytovateľ môže požiadať o súhlas zdravotnej poisovne dodatočne, najneskôr však do troch pracovných dní od poskytnutia zdravotníckej pomôcky poistencovi. Súhlas zdravotnej poisovne s úhradou zdravotníckej pomôcky je platný jeden rok od jeho udelenia.

III. Osobitne hradené výkony a výkony jednotkovej zdravotnej starostlivosti

1. Zdravotná poisovňa uhradí poskytovateľovi zdravotnú starostlivosť spoívajúcu vo výkonoch uvedených v tabuľke nižšie, s výnimkou ústavnej zdravotnej starostlivosti hradenej podľa inej prílohy č. 2c zmluvy, za podmienok ustanovených v tejto časti prílohy.

Kód výkonu	Názov výkonu	Povolená odbornosť	Výška úhrady OHV v €	Výška úhrady JZS v €	Podmienky vykazovania
1390	operácia sivého zákalu s implantáciou umelej vnútroo nej šošovky	015,215	386	367	vysvetlivka 1
1391	sekundárna implantácia intraokulárnej šošovky do prednej o nej komory alebo do sulcus ciliare	015,215	379	360	vysvetlivka 1
1392	sekundárna implantácia intraokulárnej šošovky transsklerálnou fixáciou	015,215	379	360	vysvetlivka 1
1393	operácia sekundárnej katarakty	015,215	379	360	vysvetlivka 1
1393a	operácia sekundárnej katarakty laserom	015,215	197	187	
1394	repozícia implantovanej umelej vnútroo nej šošovky	015,215	307	292	
1395	primárna implantácia umelej vnútroo nej šošovky zo zdravotných dôvodov (Implantácia fakickej vnútroo nej šošovky zo zdravotných dôvodov)	015,215	345	328	vysvetlivka 1
8700	operácia strabizmu zo zdravotných dôvodov (jeden sval)	015,215,336	300	285	
8700k	operácia strabizmu zo zdravotných dôvodov (dva a viac svalov)	015,215,336	400	380	
8701	plastické operácie na mihalniciach (ektropium, entropium, blefarochalázia) zo zdravotných dôvodov (na jednej mihalnici)	015,038,215,336	245	233	predchádzajúci súhlas ZP
8701k	plastické operácie na mihalniciach (ektropium, entropium, blefarochalázia) zo zdravotných dôvodov (na oboch mihalniciach)	015,038,215,336	300	285	predchádzajúci súhlas ZP
8702	operácia nystagmu (jedno oko)	015,215,336	250	238	
8702k	operácia nystagmu (obe o i))	015,215,336	350	333	
8703	elektroepilácia	015,215,336	93	88	
8704	excimer - laserové operácie rohovky len pri zdravotných indikáciách uvedených vo vysvetlivke (jedno oko)	015,215,336	346	329	vysvetlivka 2
8704k	excimer - laserové operácie rohovky len pri zdravotných indikáciách uvedených vo vysvetlivke (obe o i)	015,215,336	400	380	vysvetlivka 2
8705	fotodynamická terapia sietnice	015,215,336	310	295	
8706a	operácia glaukómu filtra ná	015,215,336	395	375	
8706b	operácia glaukómu laserom	015,215,336	285	271	
8706c	operácia glaukómu kryom	015,215,336	259	246	
8707	operácia pterygia - ablácia a plastika (jedno oko)	015,215,336	240	228	
8707k	operácia pterygia - ablácia a plastika (obe o i)	015,215,336	300	285	
8708	operácia nádorov mihalníc	015,215,336	250	238	
8709	operácia nádorov spojovky	015,215,336	210	200	
8710	keratoplastika - vrátane ceny za transplantát	015,215,336	1 836	1744	
8710a	predná lamelárna keratoplastika - vrátane ceny za transplantát	015,215,336	1 300	1235	
8710b	zadná lamelárna keratoplastika - vrátane ceny za transplantát	015,215,336	1 500	1425	
8711	operácie slzných bodov a slzných ciest	015,215,336	153	145	
8712	operácie slzného vaku (obe o i)	015,215,336	441	419	
8712r	operácie slzného vaku (jedno oko)	015,215,336	220	209	
8713	zavedenie trvalej alebo do asnej sondy do slzných ciest (operácie slzných ciest)	015,215,336	166	158	

8714	tarzografia (jedno oko)	015,215,336	274	260	
8714k	tarzografia (obe o i)	015,215,336	300	285	
8715	operácia lagofthalmu s implantáciou závažia hornej mihalnice (vrátane závažia)	015,038,336	676	642	
8716	operácia zrastov spojovky (operácia zrastov spojovky s vo ným transplantátom)	015,215,336	260	247	
8717	krytie rohovky amniovou membránou	015,215,336	285	271	
8718	CXL - corneal cross linking	015,215,336	379	360	
8719	IAK - incízna astigmatická keratotómia	015,215,336	345	328	
8720	intraštomálna implantácia distančných prstencov - vrátane nákladov za prstence	015,215,336	1 495	1420	
8721	transpupilárna termoterapia nádorov sietnice a cievovky	015,215,336	260	247	
8722	explantácia a reimplantácia umelej vnútronej šošovky	015,215,336	345	328	
8723	skleroplastika	015,215,336	345	328	
8724	intravitreálna aplikácia liekov	015,215,336	130	124	vysvetlivka 3
8725	operácia odlúpenia sietnice episklerálne	015,215,336	571	542	
8726	pneumoretinopexia	015,215,336	274	260	
8728	pars plana vitrektómia	015,215,336	780	741	
8729	pars plana vitrektómia a lensektómia s implantáciou umelej vnútronej šošovky	015,215,336	780	741	
8731	primárne oštiehnenie hlbkej rany rohovky alebo skléry alebo mihalnic	015,215,336	190	181	
8732	primárne oštiehnenie penetrujúcej rany rohovky alebo skléry bez poranenia šošovky a bez vnútrojného cudzieho telesa	015,215,336	345	328	
8733	primárne oštiehnenie penetrujúcej rany rohovky alebo skléry s poranením šošovky a bez vnútrojného cudzieho telesa	015,215,336	375	356	
8734	primárne oštiehnenie penetrujúcej rany rohovky alebo skléry bez poranenia šošovky s vnútrojným cudzím telesom	015,215,336	345	328	
8735	primárne oštiehnenie penetrujúcej rany rohovky alebo skléry s poranením šošovky s vnútrojným cudzím telesom	015,215,336	375	356	
8750k	operácia sivého zákalu v kombinácii s iným súvisiacim výkonom v odbornosti	015,215,336	550	523	
8501a	operácia prietrží bez použitia sieky	010,038,107,222,319	395	375	
8501b	operácia jednoduchých prietrží s použitím sieky	010,038,107,222,319	490	466	
8501c	laparoskopická operácia jednoduchých prietrží	010,107,222,319	520	494	
8502	transrektálna polypektómia	010,107,222,319	480	456	
8506	artroskopická operácia subakromiálneho impingement syndrómu	011,013,206	550	523	
8507	operácia pouřazovej paraatikulárnej burzitidy vo všetkých lokalizáciách	011,013,108,206	350	333	
8508	operačná mobilizácia kontraktúry stuhnutého kľbu	011,013,108,206	450	428	
8509	operačná dynamizácia vnútrojného klincov	011,013,108,206	365	347	
8510	operačná repozícia jednoduchých zlomenín v celkovej anestézii	010,011,013,107,108,206	395	375	
8511	operačné riešenie pollex saltans	011,038,108,206	340	323	
8512	operačné riešenie fractúry metacarpi	011,013,038,108,206	373	354	
8513	operačné riešenie epicondylitis radialis	011,013,108,206	299	284	
8514	operačné riešenie epicondylitis ulnaris	011,013,108,206	299	284	
8516	operačné riešenie fractúry capitis radii	011,013,108,206	373	354	
8517	operačné riešenie synovitis cubiti	011,013,108,206	357	339	
8518	operačné riešenie luxatio acromioclavicularis	011,013,108,206	446	424	
8519	operačné riešenie fractura claviculae	011,013,108,206	446	424	
8520	operačné riešenie abruptio tuberculi majoris et minoris humeri	011,013,108,206	446	424	
8521	operačné riešenie decompressio subacromialis	011,013,108,206	446	424	
8522	operačné riešenie instabilitas glanohumeralis	011,013,108,206	446	424	
8523	operačné riešenie ruptúry rotátorovej manžety	011,013,108,206	446	424	
8524	operačné riešenie SLAP - lezia (poškodenie labrum glenoidale)	011,013,108,206	400	380	
8525	operačné riešenie hallux valgus	010,011,013,107,108,206	400	380	
8527	operačné riešenie digitus hammatus	010,011,013,107,108,206	400	380	
8528	operačné riešenie digitus malleus	010,011,013,107,108,206	400	380	
8529	operačné riešenie digitus supraductus	010,011,013,107,108,206	400	380	
8530	operačné riešenie metatarsus I.varus	010,011,013,107,108,206	380	361	

8531	opera né riešenie morbus Laderhose	010,011,013,107,108,206	400	380	
8532	opera né riešenie neuralgie Mortoni	010,011,013,107,108,206	350	333	
8533a	artroskopické výkony v lak ovom zhybe s použitím kobla ných a shaverových sond	010,011,013,107,108,206	1 020	969	
8533b	artroskopické výkony v lak ovom zhybe s použitím kobla ných a shaverových sond a fixa ného materiálu	010,011,013,107,108,206	1 234	1172	
8534a	artroskopické výkony v ramennom zhybe s použitím kobla ných a shaverových sond	010,011,013,107,108,206	1 020	969	
8534b	artroskopické výkony v ramennom zhybe s použitím s použitím kobla ných a shaverových sond a fixa ného materiálu	010,011,013,107,108,206	1 234	1172	
8535a	artroskopické výkony v kolennom zhybe s použitím kobla ných a shaverových sond	010,011,013,107,108,206	1 020	969	
8535b	artroskopické výkony v kolennom zhybe s použitím kobla ných a shaverových sond a fixa ného materiálu	010,011,013,107,108,206	1 234	1172	
8536a	artroskopické výkony v lenkovom zhybe s použitím kobla ných a shaverových sond	010,011,013,107,108,206	1 020	969	
8536b	artroskopické výkony v lenkovom zhybe s použitím kobla ných a shaverových sond a fixa ného materiálu	010,011,013,107,108,206	1 234	1172	
8537	opera ná extrakcia osteosyntetického materiálu a vonkajších fixátorov v anestézii	010,011,013,107,108,206	361	343	
8538	exstirpácia sakrálneho dermoidu	010,011,013,107,108,222,319	339	322	
8539	operácia varixov dolných kon atín	010,068	400	380	
8540	operácia análnych fistúl a/alebo fisúr	010,107,222,319	388	369	
8542	operácia ruptúry Achilovej š achy	010,011,013,107,108,206,319	451	428	
8543	operácia syndrómu karpálneho tunela	010,011,013,037,038,107,108,206,319	338	321	
8547	exstirpácia a excízia benígnych a malígnych nádorov kože, podkožia a svalů	010,038,107,319	100	95	
8548	tenolýza š achy	010,011,013,038,107,108,206	339	322	
8549	sutúra š achy	010,011,013,038,107,108,206	406	386	
8550	vo ný š achový transplantát	010,011,013,038,107,108,206	325	309	
8551	transpozícia š achy	010,011,013,038,107,108,206	278	264	
8552	operácia malých k bov ruky - artrolýza	011,038,108,206	322	306	
8553	operácia malých k bov ruky - artrodéza	011,038,108,206	322	306	
8564	laparoskopická cholecystektómia	010,222,319	550	523	
8565	operácia hemoroidov	010,068,222,319	540	513	
8566	odstránenie hemoroidov elastickou ligatúrou	010,068,222,319	65	62	
8567	vytvorenie alebo rekonštrukcia arteriovenózneho fistuly	010,068,107,222,319	348	331	
8568	zrušenie arteriovenózneho fistuly	010,068,107,222,319	215	204	
9300	diagnostická biopsia kože, podkožia a svalov v celkovej anestéze u detí	010,107,011,013,108,319	110	105	
8570	transpozícia nervus ulnaris	011,013,037,038,107,108,206	252	239	
8571	exstirpácia lymfatických uzlín	009,010,012,017,068,107,222,229,319,322	204	194	
8572	exstirpácia benígneho nádoru prsnej ž azy	009,010,017,038,229,319	315	299	
8573	exstirpácia gangliómu	010,011,013,038,107,108,206	50	48	
8575	amputácia prsta pre gangrénu	010,011,013,038,107,108,206	200	190	
8576	laparoskopické výkony diagnostické	009,010,012,107,109,222,229,319,322	400	380	
8577	laparoskopická apendektómia	010,107,222,319	550	523	
8578a	artroskopické výkony v zápästí s použitím kobla ných a shaverových sond	010,011,013,107,108,206	1 020	969	
8578b	artroskopické výkony v zápästí s použitím kobla ných a shaverových sond a fixa ného materiálu	010,011,013,107,108,206	1 234	1172	
8580	opera né riešenie mus articulare	010,011,013,107,108,206	307	292	
8582	operácia Dupuytrenovej kontraktúry - punk ná fasciektómia	010,011,038,206	368	350	

8583	operácia Dupuytrenovej kontraktúry - parciálna fasciektómia	010,011,038,206	368	350	
8584	operácia Dupuytrenovej kontraktúry - totálna fasciektómia	010,011,038,206	373	354	
8586	endoskopické vyšetrenie v celkovej anestézii	009,010,048,107,154,222,229,319,322	250	238	
8588	nekrektómie	010,011,012,013,014,015,037,038,068,222,229,319,322	98	93	
8611	konizácia cervixu	009,017,229	340	323	
8612	excízia vulvy - len ako terapeutický zákrok v CA	009,017,229	291	276	
8613	exstirpácia cýst glandule vestibularis - Bartolinskej ž azy	009,017,229	291	276	
8614	kordocentéza	009,017,229	265	252	
8615	amnioinfúzia	009,017,229	265	252	
8619	resekcia vaginálneho septa	009,017,229	302	287	
8620	hysteroskopia (+ prípadná resekcia uterinného septa)	009,017,229	449	427	
8623	sterilizácia ženy zo zdravotných dôvodov	009,017,229	315	299	predchádzajúci súhlas ZP
8624	laparoscopia s adheziolýzou (rozrušenie zrostov)	009,017,229	400	380	
8625	salpingostómia - laparoskopicky	009,017,229	400	380	
8626	salpingektómia - laparoskopicky	009,017,229	400	380	
8627	ovariálna cystektómia - laparoskopicky	009,017,229	400	380	
8628	oophorektómia - laparoskopicky	009,017,229	400	380	
8629	ablácia endometriotických ložísk - laparoskopicky	009,017,229	400	380	
8630	kolpoperineoplastika (zadná pošvová plastika bez použitia sie ky)	009,017,229	362	344	
8631	uretrálna suspenzia (s použitím suburetrálnej pásky na lie bu stresovej inkontinencie) alebo pri vezikorenálnom refluxe	009,012,322	450	428	vysvetlivka 4
8634	kyretáž vrátane dilatácie	009,017,229	338	321	
8634k	kyretáž v kombinácii s iným výkonom JZS(OHV)	009,017,229	428	407	
8635	amniocentéza - pod USG kontrolou	009,017,229	100	95	
8640	ablácia cervikálneho polypu	009,017,229	263	250	
8641	adnexektómia - laparoskopicky	009,017,229	400	380	
8642	myomektómia - laparoskopicky	009,017,229	400	380	
8643	predná pošvová plastika	009,017,229	362	344	
8644	rekonštrukčná operácia defektu panvového dna s použitím setu (predný alebo zadný oddiel)	009,017,229	450	428	
8648	prerušenie tehotenstva zo zdravotných dôvodov	009,017,229	294	279	vysvetlivka 5
8660k	hysteroskopia v kombinácii s inými výkonmi v odbornosti	009,017,229	500	475	
8662k	laparoscopia v kombinácii s inými výkonmi v odbornosti	009,017,229	500	475	
8800	endoskopická adenotómia	014,114	350	333	
8801	tonzilektómia	014,114	285	271	
8802	tonzilotómia	014,114	300	285	
8803	uvulopalatoplastika	014,114	330	314	
8804	plastika oroantrálnej komunikácie	014,070,114,345	310	295	
8805	extrakcia kame a submandibulárnej ž azy	014,070,114	270	257	
8806	exstirpácia sublingválnej slinnej ž azy	014,070,114	290	276	
8807	exstirpácia submandibulárnej slinnej ž azy	014,070,114	290	276	
8808	exstirpácia príušnej ž azy	014,070,114	340	323	
8809	endoskopická chordektómia	014,070,114	250	238	
8810	endoskopická laterofixácia	014,070,114	300	285	
8813	exstirpácia mediálnej kr nej cysty	014,070,114	373	354	
8814	exstirpácia laterálnej kr nej ž azy	014,070,114	380	361	
8815	turbinoplastika	014,114	350	333	
8819	operácia stenózy zvukovodu (plastika zvukovodu)	014,114	320	304	
8820	myringoplastika	014,114	400	380	
8821	tympánoplastika bez protézy	014,114	300	285	
8821a	tympánoplastika s protézou	014,114	350	333	
8823	stapedoplastika	014,114	350	333	
8824	sana ná operácia stredného ucha	014,114	470	447	
8825	adenotómia	014,114	200	190	
8826	mikrochirurgické výkony na hrtane	014,114	450	428	
8827	septoplastika - operácia nosovej priehradky (podmienkou je zdravotná indikácia výkonu)	014,038,114	330	314	
8828	rekonštrukcia perforácie nosového septa	014,038,114	385	366	
8829	plastika nosovej chlopne	014,038,114	350	333	
8830	funk ná endoskopická sínusová chirurgia (FESS)	014,114	440	418	
8831	operácia prínosovej dutiny vonkajším prístupom	014,114	430	409	
8832	funk ná septorinoplastika	014,038,114	294	279	
8833	aurikuloplastika zo zdravotných dôvodov	014,038,114	252	239	predchádzajúci súhlas ZP
8834	frenulotómia	014,114	153	145	

8835	transpozícia vývodu submandibulárnej slinnej žazy pri sialolitiáze a stenóze vývodu	014,070,114	340	323	
8836	diagnostická mikroendoskopia hrtana	014,114	260	247	
8837	exstirpácia ohraničeného tumoru alebo lymfatickej uzliny podkoží na krku	014,114,222,319	150	143	
8838	diagnostická excízia z tumoru nosohltana	014,114	285	271	
8840	korekcia nosového krídla vložení chrupkového transplantátu, auto- alebo alotransplantátu	014,038	470	447	
8841	endoskopická operácia prínosových dutín	014,114	450	428	
8842	dakryocystorinostómia	014,114	440	418	
8843	dekompresia orbity	014,015,038,070,114,215,336	404	384	
8844	rekonštrukcia dna orbity pri blow-out fraktúre	014,015,038,070,114,215,336	423	402	
8846	operácia povrchového tumoru tváre a krku	010,014,038,070,107,319	65	62	
8847	transmyringická drenáž so zavedením ventilu nejtrubičky	014,070,114	150	143	
8850	endoskopická adenotómia + tonzilektómia	014,114	500	475	
8851	endoskopická adenotómia + tonzilotómia	014,114	500	475	
8852	tonzilektómia + uvulopalatoplastika	014,114	500	475	
8853	turbinoplastika + dacryocystorinostómia	014,114	780	741	
8854	turbinoplastika + funkčná endoskopická sínusová chirurgia (FEES)	014,114	600	570	
8855	turbinoplastika + septoplastika	014,114	600	570	
8856	turbinoplastika + rekonštrukcia perforácie septa nosa	014,114	600	570	
8857	septoplastika + funkčná endoskopická sínusová chirurgia (FEES)	014,114	660	627	
8858	operácia stenózy zvukovodu (plastika zvukovodu) + tympanoplastika	014,114	644	612	
8900	orchiektómia	010,012,107,109,319,322	318	302	
8901	orchiektómia pre karcinóm prostaty	010,012,107,109,319,322	350	333	
8902	resekcia kondylomatu na penise	012,018,038	250	238	
8903	Orchiopexia retinovaného hmatného semenníka (nie pri kryptorchizme)	012,109,322	350	333	
8904	biopsia steny močového mechúra	012,109,322	107	102	
8905	zavedenie a/alebo odstránenie ureterálnej endoprotézy	012,109,322	264	251	
8909	operácia fimózy - cirkumcizia zo zdravotných dôvodov	010,012,038,107,109,319,322	300	285	
8910	divulzia uretry pri stenóze ženskej uretry	012,109,322	210	200	
8911	plastika varikokély	010,012,107,109,319,322	350	333	
8914	operácia jednoduchej hydrokély u mužov	010,012,107,109,319,322	350	333	
8915	frenuloplastika pre frenulum breve penis	010,012,107,109,319,322	240	228	
8916	sterilizácia u muža so zdravotných dôvodov	012,109,322	290	276	predchádzajúci súhlas ZP
8917	resekcia karunkuly uretry	012,109,322	170	162	
8918	exstirpácia kožných nádorov na vonkajších genitáliách	009,010,012,018,107,109,319,322	131	124	
8919	sutúra kožnej rany v oblasti vonkajších genitálií	009,010,012,018,107,109,319,322	90	86	
8920	optická uretrotómia krátkej striktúry	012,109,322	230	219	
8921	biopsia prostaty	012,109,322	203	193	
8922	biopsia glans penis	012,109,322	93	88	
8924	diagnostická cystoskopia (biopsia močového mechúra)	012,109,322	160	152	
8926	ureteroskopia	012,109,322	285	271	
8927	ureteroskopická litotripsia a extrakcia konkrementu pri jednoduchej ureterolitiáze	012,109,322	346	329	
8928	dilatácia striktúry uretry	012,109,322	109	104	
8929	operácia nárezy parafimózy	010,012,038,107,109,319,322	186	177	
8930	resekcia spermatokély alebo cysty nadsemenníka	010,012,038,107,109,319,322	320	304	
9000	artroskopická operácia temporomandibulárneho kĺbu (stomat.)	70	450	428	
9001	probatórne excízie na histologické vyšetrenie v celkovej anestézii (stomat.)	070,345,358	130	124	
9005	operácia nárezy extrakcia retinovaných alebo semiretinovaných zubov (stomat.)	070,345	264	251	
9006	operácia nárezy fixácia luxovaných a subluxovaných zubov (stomat.)	070,345	250	238	
9007	operácia nárezy replantácia zubov (stomat.)	070,345	280	266	

9008	opera né ošetrovanie komplikovaného prerezávania zuba múdrosti (stomat.)	070, 345, 358	98	93	
9009	opera ná predprotetická úprava e ustí (stomat.)	070, 345	300	285	
9010	opera né ošetrovanie nepravých nádorov - epulis (stomat.)	070, 345, 358	130	124	
9011	opera ná egalizácia asnových výbežkov (stomat.)	070, 345	246	234	
9013	extrakcia viacerých zubov v celkovej anestéze (stomat.)	016,115,070,345	250	238	
9014	dentoalveolárne chirurgické výkony v celkovej anestéze pre polyvalentnú alergiu (stomat.)	070,345,358	280	266	
9015	dentoalveolárne chirurgické výkony v lokálnej anestéze u geriatrických a rizikových pacientov vzh adom na interné ochorenie	070,345,358	322	306	
9016	opera né odstránenie osteosyntézového materiálu v anestézii v stomatológii	070,345	320	304	
9017	opera ná elevácia zygomatickomaxilárneho komplexu v celkovej anestézii (stomat.)	070	351	333	
9023	exstirpácia dentálnych cyst (stomat.)	070,345	322	306	
9024	opera né preh benie vestibula v oblasti maxily a frontálneho úseku mandibuly	070,345,358	336	319	
9026	frenulektómia frenulum labii, frenulum accessorii a frenulum linguae (stomat.)	070,345,358	140	133	
9027	exstirpácia kame ov zo slinivodov (stomat.)	070,345,358	280	266	
9030	resekcia kore ového hrotu troch alebo viacerých zubov	016,070,115,345	230	219	
9034	operácia exostózy, torus palatinus, torus mandibularis (stomat.)	014,070,345	230	219	
9035	extraorálna incízia abscesov (stomat.)	070,345	210	200	
9924	sanácia chrupu v celkovej anestézii u nespolupracujúcich pacientov so stomatofóbiou alebo u nespolupracujúcich pacientov s mentálnou retardáciou	016,070,115	250	238	
9101	papilosfinkterektómia a odstránenie konkrementov zo žl ových ciest alebo pankreatického vývodu (endoskopická retrográdna cholangiografia)	048,222	400	380	
9103	endoskopické zavedenie drenáže žl ových ciest alebo pankreasu	048,222	400	380	
9104	endoskopická polypektómia a endoskopická mukózna resekcia v tráviacom trakte	048,222	400	380	
9105	endoskopická injek ná sklerotizácia pažerákových varixov	048,222	350	333	
9106	aplikácia stentov v tráviacom trakte pod endoskopickou alebo rtg kontrolou	048,222	400	380	
9107	endoskopická laserová a argón plazma koagula ná ablácia v tráviacom trakte	048,222	350	333	
9108	fotodynamická ablatívna terapia v tráviacom trakte	048,222	310	295	
9109	tenkoihlová biopsia pod endoskopickou ultrasonografickou kontrolou v tráviacom trakte	048,222	360	342	
9202	resekcia alebo iná operácia dolnej nosovej mušle	014,038	270	257	
9203	uzáver vestibulonazálnej alebo oronazálnej komunikácie	038,070,345	250	238	
9204	korekcia nosa a nosového septa pri rozštepe podnebia	014,038	270	257	
9205	korekcia nosných dierok zo zdravotných dôvodov	014,038	300	285	
9210	korekcia ptózy hornej mihalnice zo zdravotných dôvodov (na jednej mihalnici)	015,038,336	300	285	predchádzajúci súhlas ZP
9210k	korekcia ptózy hornej mihalnice zo zdravotných dôvodov (na oboch mihalniciach)	015,038,336	400	380	predchádzajúci súhlas ZP
9211	rekonštrukcie vie ok po resekcii tumoru alebo traumatickej strate lalokovou plastikou	038	350	333	
9212	odstránenie benígneho alebo malígneho tumoru kože a podkožia v ktorejko vek lokalizácii s krytím defektu lalokovou plastikou alebo vo ným kožným transplantátom	038	242	230	
9213	korekcia kontrahujúcej jazvy Z - plastikou alebo vo ným kožným transplantátom	038	208	198	
9214	korekcia hypertrofickej alebo keloidnej jazvy dermabráziou, excíziou alebo iným spôsobom	038	200	190	predchádzajúci súhlas ZP
9215	dermabrázia kože v ktorejko vek lokalizácii z inej prí iny ako jazva	038	250	238	
9216	dermofasciektómia s krytím vo ným kožným transplantátom	038	200	190	
9218	lú ovitá amputácia prsta pre recidivujúcu formu Dupuytrenovej kontraktúry s ažkou deformitou	011,038,206	145	138	
9221	discízia retinaculum flexorum pri syndróme Guynovho kanála	011,038,206	330	314	
9222	deliberácia a transpozícia nervus ulnaris	011,037,038,108,206	330	314	
9223	discízia retinaculum flexorum	011,038,108,206	330	314	
9224	opera ný výkon pre pronátorový syndróm	011,038,108,206	330	314	
9225	opera ný výkon pre útlakové syndrómy v iných lokalitách	011,038,108,206	330	314	
9226	primárna alebo sekundárna mikrosutúra periférneho	037,038	330	314	

	nervu				
9229	rekonštrukcia periférneho nervu nervovým štepom u dospelých	037,038	200	190	
9234	rekonštrukcia š achy vložení spacera alebo vo ného š achového transplantátu	011,038,108,206	200	190	
9235	rekonštrukcia š achy dvojdobá (Paneva-Holevich)	011,038,108,206	200	190	
9236	operácia deformity labutej šije	037,038,206	200	190	
9237	rozpojenie mäkkej syndaktýlie	038,206	200	190	
9238	separácia jedného medziprstia po popálení	038,206	200	190	
9245	korekcia asymetrie prsníkov vložení implantátu zo zdravotných dôvodov	009,038,229	420	399	predchádzajúci súhlas ZP
9246	reduk ná mamoplastika zo zdravotných dôvodov	009,038,229	430	409	predchádzajúci súhlas ZP
9247	vloženie implantátu, expanderu alebo implantát - expanderu po ablácii prsníka	009,038,229	450	428	vysvetlivka 6
9248	operácia gynekomastie a/alebo s liposukciou zo zdravotných dôvodov	010,038,106	310	295	predchádzajúci súhlas ZP
9254	operácia venter pendulum zo zdravotných dôvodov	010,038	210	200	predchádzajúci súhlas ZP
9255	operácia diastázy priamych brušných svalov	010,038,107,222	350	333	
9260	mikrosutúra nervu end to side	037,038	250	238	
9513	extraneurálna mikroneurolyza	037,038	330	314	
9514	intraneurálna mikroneurolyza bez náhrady alebo s náhradou asti fascikulov štepom	037,038	250	238	
9515	rekonštrukcia periférneho nervu nervovým štepom u detí	037,038	300	285	
9302	nekrektómia s anestézou u detí	010,107,038	230	219	
9303	drenáž povrchového abscesu s anestézou u detí	010,107	230	219	
9304	opera né odstránenie benígnych alebo malígnych útvarov kože a podkožia (preaurikulárne výbežky, pigmentové névy, ateróm) s anestéziou u detí	010,038,107	293	278	
9306	opera né odstránenie zarastajúceho nechta u detí (resekcia a plastika nechtového lôžka) po predchádzajúcej neúspešnej ambulantnej lie by	010,011,107,108,038	242	230	
9308	excízia a exstirpácia hemangiómu u detí	010,107,319	283	269	
9309	excízia a exstirpácia lymfangiómu u detí	010, 107,319	283	269	
9310	exstirpácia a/alebo biopsia lymfatických uzlín z jednej lokality u detí	107, 010,319	285	271	
9315	operácia jednoduchej hydrokély u chlapcov	010,012,107,109,319	285	271	
9319	incízia perianálneho abscesu u detí do 12 rokov v CA	010,107,222,319	276	262	
9400	presadrovanie v anestézii u detí	010,011,013,107,108,319	120	114	
9522	korek ná osteotómia a osteosyntéza	010,011,013,107,108	493	468	
9603	exstirpácia chalasea	015,215,336	230	219	
9606	sondáž slzných ciest	015,215, 336,	160	152	
9607	injek ná aplikácia kortikoidu do periokulárneho hemangiómu u detí	015,215,336	160	152	
9608	extrakcia stehov z rohovky u detí	015,215,336	160	152	
9609	laserová koagulácia sietnice	015,215,336	150	143	
9613	aplikácia botoxu pri strabizme u detí (jedno oko)	015,215,336	160	152	
9613k	aplikácia botoxu pri strabizme u detí (obe o i)	015,215,336	200	190	
9205a	korekcia nosových dierok zo zdravotných dôvodov u detí do 18 rokov vrátane	014,038,114	385	366	
9524	korekcia ervenej pery u detí	014,114,038	190	181	predchádzajúci súhlas ZP
9713	rekonštrukcia nosového krídla u detí	014,038,114	404	384	
9804	korekcia hypospádie u detí	012,109, 038	241	229	
H5560	Diagnosticko terapeutický výkon v ústavnej zdravotnej starostlivosti - ukon ená hospitalizácia z dôvodu potreby pozorovania zdravotného stavu a/ alebo diagnostického vyšetrenia a/alebo podania lieku/liekov poistencovi po as jeho hospitalizácie v trvaní od 24 hodín do 72 hodín na príslušnom oddelení	odbornosti oddelení hradených cenou ukon enej hospitalizácie	350		

Vysvetlivky:

- Osobitne sa uhrádza vnútro ná šošovka.
- Výkon 8704 sa uhrádza z verejného zdravotného poistenia v týchto indikáciách:
ak má pacient rozdiel medzi dvomi o ami viac ako 3,5 D (anizometropia)
ak má pacient poopera ný astigmatizmus (napr. po operácii sivého zákalu)
ak má pacient vysokú krátkozrakos , teda viac ako – 8,5 D
ak je potrebná fototerapeutická keratoablácia.
Výkon 8704 indikuje ten poskytovate , ktorý výkon poistencovi poskytne.
Vyžaduje sa zapísanie indikácie vykonania výkonu zo zdravotných dôvodov do zdravotnej dokumentácie poistenca.

3. Výkon 8724 možno hraď len pri liebe intravitreálnymi liekmi indikovanými určenými pracoviskami v zmysle platných indikácií a preskripcií obmedzení. Zdravotnou poisťovňou schválený Intravitreálny liek sa vykazuje ako príloha k položke výkonu. Liek obstarávaný zdravotnou poisťovňou sa vykazujú s nulovou výškou úhrady.
 4. Osobitne sa uhrádza suburetrálna páska.
 5. K vyútvorení výkonu 8648 je potrebné dodať lekársku správu obsahujúcu zdravotnú indikáciu výkonu.
 6. Zdravotný výkon 9247 podlieha schváleniu zdravotnej poisťovne a schvaľuje sa minimálne 1 rok po ablácii prsníka pre nádorové ochorenie. Osobitne sa uhrádza prsníkový implantát, prsníkový expandér alebo prsníkový implantát - expandér. Písomná žiadosť o schválenie úhrady musí obsahovať aktuálny lekársky nález, podrobnú informáciu o prípadných iných chorobách, na ktoré sa pacientka lieči (diabetes, cievne a srdcové choroby, choroby endokrinného systému, obezita...), medicínske stanovisko ošetrojúceho lekára - klinického onkológa a gynekológa k plastickej operácii a informácia plastickeho chirurga o rozsahu a o spôsobe indikovanej plastickej operácie.
2. V cene výkonu sú zahrnuté všetky náklady spojené s jeho vykonaním, t.j. komplexné vyšetrenie poistenca lekárom realizujúcim výkon, poskytnutie výkonu podľa zdravotnej indikácie, použitie zdravotníckych pomôcok (ak nie je inak uvedené), kompletná anestéziologická starostlivosť (pred, počas i po operácii), v indikovaných prípadoch aj histológia (odoslanie odobratého biologického materiálu, záznam o výsledku v zdravotnej dokumentácii, manažment pacienta v prípade pozitívity nálezu), všetka zdravotná starostlivosť a služby súvisiace s poskytnutím zdravotnej starostlivosti, rady a poradenia poistenca pred jeho prepustením do domácej starostlivosti.
 3. V prípade, že poskytovateľ pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti použije nasledovný špeciálny zdravotnícky materiál (ale len „SZM“):
 - c) prsníkový implantát v špecializačnom odbore plastickej chirurgia,
 - d) prsníkový expandér v špecializačnom odbore plastickej chirurgia,
 - e) prsníkový expandér – implantát v špecializačnom odbore plastickej chirurgia,
 - f) suburetrálna páska v špecializačnom odbore gynekológia a pôrodnictvo a v špecializačnom odbore urológia,
 - g) vnútroočná šošovka v špecializačnom odbore oftalmológia,
 zdravotnú poisťovňu a ho uhradí ako prílohu k položke úhrady výkonu do výšky obstarávacej ceny SZM, najviac však do výšky príslušnej maximálnej úhrady zdravotnej poisťovne za SZM uvedenej v Zozname špeciálneho zdravotníckeho materiálu zverejneného na webovom sídle zdravotnej poisťovne pri súhlasnom dodržaní všetkých ostatných príslušných podmienok úhrady SZM. Ak je obstarávacia cena SZM vyššia ako maximálna úhrada zdravotnej poisťovne za SZM ako prílohu k položke uvedenej v Zozname špeciálneho zdravotníckeho materiálu zverejneného na webovom sídle zdravotnej poisťovne, je tento rozdiel zahrnutý do úhrady výkonu, v súvislosti s ktorým bol SZM použitý. Týmto bodom nie je dotknutá výška doplatku poistenca na úhradu SZM.
 4. Poskytovateľ vyžaduje výkony nasledovne:
 - a) ak zdravotný stav poistenca a/alebo iná kontraindikácia vyžadovала nepretržitý pobyt poistenca na lôžku v trvaní dlhšie ako 24 hodín, v dátovom rozhraní pre ústavnú zdravotnú starostlivosť ako prílohu k položke ukončenej hospitalizácii a v cene uvedenej v tabuľke bodu 1 tejto časti s označením „Výška úhrady OHV v €“ (ale len „osobitne hradené výkony“)
 - b) ak zdravotný stav poistenca a/alebo iná kontraindikácia nevyžadovала nepretržitý pobyt poistenca na lôžku v trvaní dlhšie ako 24 hodín, v dátovom rozhraní pre ambulatnú zdravotnú starostlivosť, v cene uvedenej v tabuľke bodu 1 v stĺpci s označením „Výška úhrady JZS v €“ (ale len „výkony jednodňovej zdravotnej starostlivosti“)
 5. Osobitne hradené výkony je možné preklasifikovať na úhradu za ukončenie hospitalizácie na základe písomnej žiadosti poskytovateľa, ktorá je prílohou faktúry za poskytovanie zdravotnej starostlivosti, ak u poistenca vznikli komplikácie, ktoré vyžadujú pobyt na OAIM i JIS dlhší ako 24 hodín, alebo hospitalizáciu dlhšiu ako 96 hodín, kde je zároveň poskytovaná liečba, ktorá vyžaduje podanie liekov v celkovej sume viac ako 50% z ceny úhrady za osobitne hradený výkon.
 6. V prípade ak poskytovateľ vykáže k úhrade pri jednom operatívnom zákroku viac ako jeden osobitne hradený výkon s pobytom poistenca na lôžku v trvaní dlhšie ako 24 hodín, zdravotná poisťovňa a takéto vykázané posúdi a v prípade akceptovania môže poskytnutú zdravotnú starostlivosť uhradiť v cene ukončenej hospitalizácie na príslušnom oddelení.
 7. V prípade výkonov s pobytom poistenca na lôžku v trvaní do 24 hodín zdravotná poisťovňa a pri jednom operatívnom zákroku akceptuje len kombinácie výkonov uvedené v tabuľke bodu 1 tejto časti.

Príloha . 2c
k Zmluve o poskytovaní zdravotnej starostlivosti

**Podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti pod a klasifika ného systému
diagnosticko-terapeutických skupín**

I. Základné ustanovenia

1. Zdravotná pois ov a pod a klasifika ného systému diagnosticko-terapeutických skupín (alej aj ako „systém DRG“) uhrádza poskytovate ovi v rámci hospitaliza ného prípadu úhradu za zdravotnou pois ov ou uznanú ústavnú zdravotnú starostlivos , do ktorej bol poistenec prijatý po as ú innosti tejto prílohy. Pod a systému diagnosticko-terapeutických skupín zdravotná pois ov a uhrádza poskytovate ovi aj zdravotnú starostlivos spo ívajúcu vo výkonoch jednod ovej zdravotnej starostlivosti, ak boli poskytnuté poistencovi po as ú innosti tejto prílohy na DRG relevantnom oddelení ako aj v prípadoch, ke poskytovate po poskytnutí výkonu jednod ovej zdravotnej starostlivosti poistencovi pokrač oval v poskytovaní hospitalizácií poistenca hradenej pod a tejto prílohy.
2. Klasifika ný systém diagnosticko-terapeutických skupín je medicínsko-ekonomický klasifika ný systém, ktorý na základe chorôb, zdravotných výkonov, dátumu narodenia poistenca, veku poistenca v rokoch alebo pod a veku poistenca v d och, pod a hmotnosti poistenca, ak ide o poistenca mladšieho ako 1 rok, pohlavia, druhu, dôvodu prijatia a dátumu prijatia poistenca do ústavnej zdravotnej starostlivosti, dôvodu prepustenia a dátumu prepustenia z ústavnej zdravotnej starostlivosti, d ťky ošetrovacej doby zadanej v d och, d ťky umelej p úcnej ventilácie u poistenca zadanej v hodinách, lokalizácie choroby a zdravotného výkonu a dátumu vykonania zdravotného výkonu poistencovi umož ũje zaradi jednotlivé hospitaliza né prípady do ekonomicky a klinicky homogénnych diagnosticko-terapeutických skupín, ktorým spravidla prislúcha relatívna váha definovaná v katalógu prípadových paušálov. Podrobnosti zaradenia hospitaliza ného prípadu do príslušnej diagnosticko-terapeutickej skupiny ur ũje defini ná príru ka. Zaradenie do hospitaliza ného prípadu do príslušnej diagnosticko-terapeutickej skupiny sa vykonáva prostredníctvom po íta ového programu zdravotnej pois ovne (tzv. grouper).
3. Na ú ely tejto prílohy sa za hospitalizáciu považuje poskytovanie spravidla ústavnej zdravotnej starostlivosti poistencovi u poskytovate a na oddelení s DRG relevantnou odbornos ou a/alebo oddelení s DRG nerelevantnou odbornos ou s tým, že prostredníctvom systému DRG môže by uhradená aj hospitalizácia trvajúca menej ako 24 hodín, ak sú na to splnené príslušné podmienky úhrady prostredníctvom systému DRG.
4. Hospitaliza ný prípad je zdravotná starostlivos poskytnutá poistencovi po as hospitalizácie na oddeleniach s DRG relevantnou odbornos ou, od dátumu jeho prijatia na hospitalizáciu až do dátumu prepustenia z hospitalizácie.
5. Oddelenie s DRG nerelevantnou odbornos ou je ur ené pod a príslušného metodického usmernenia Úradu pre dohad nad zdravotnou starostlivos ou . 10/1/2014 k dátovému rozhraniu CKS pre zber údajov od poskytovate ov ústavnej zdravotnej starostlivosti zaradených do systému financovania pod a DRG o podrobnostiach klasifika ného systému diagnosticko-terapeutických skupín („Tabu ka 26: 90029 NON_DRG“).
6. Oddelenie s DRG relevantnou odbornos ou je oddelenie iné ako oddelenie DRG nerelevantnou odbornos ou.
7. Ošetrovacia doba je po et dní medicínsky opodstatneného pobytu poistenca u poskytovate a na oddeleniach s DRG relevantnou odbornos ou v súvislosti s poskytovaním ústavnej zdravotnej starostlivosti, pri om do tohto po tu dní sa nezapo ítava ani de prijatia poistenca do ústavnej zdravotnej starostlivosti a ani prípadné dni, po as ktorých bol poistenec na priepustke; de prijatia poistenca do ústavnej zdravotnej starostlivosti sa zapo ítava do ošetrovacej doby, ak ide o hospitalizáciu trvajúcu menej ako 24 hodín.
8. Základná sadzba je suma v absolútnej hodnote, ktorá je uhrádzaná pod a systému DRG za jednotlivý hospitaliza ný prípad s relatívnou váhou rovnou 1,0000.

II. Úhrada za hospitaliza ný prípad

1. Výška základnej sadzby je **805,- €**.
2. Výška úhrady za hospitaliza ný prípad sa vypo íta ako sú in základnej sadzby a príslušnej relatívnej váhy ur enej pod a katalógu prípadových paušálov v závislosti od správneho zaradenia hospitaliza ného prípadu do príslušnej diagnosticko-terapeutickej skupiny a od d ťky ošetrovacej doby, a pod a ostatných podmienok vyplývajúcich zo zmluvy. Za správne zaradenie hospitaliza ného prípadu do príslušnej diagnosticko-terapeutickej skupiny sa považuje zaradenie vykázaného hospitaliza ného prípadu do diagnosticko-terapeutickej skupiny pod a defini nej príru ky.
3. Ak nie je dojednané inak, úhrada za hospitaliza ný prípad zah á úhradu za všetku zdravotnú starostlivos , špeciálny zdravotnícky materiál, alebo služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti:
 - a) poskytnuté poistencovi poskytovate om alebo akýmko vek iným poskytovate om zdravotnej starostlivosti po as trvania hospitalizácie,
 - b) poskytnutú poistencovi poskytovate om alebo iným poskytovate om zdravotnej starostlivosti v de prijatia na hospitalizáciu, ako aj v de prepustenia z hospitalizácie (s výnimkou liekov a zdravotníckych pomôcok, na ktoré

bol vystavený predpis, resp. lekársky poukaz v de prepustenia poistenca z hospitalizácie), ak súvisí s hospitalizáciou;

- c) poskytnutú poistencovi kedykoľvek po prepustení z hospitalizácie poskytovateľom alebo akýmkoľvek iným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti, ak bola indikovaná počas trvania hospitalizácie podľa písm. s) bodu 4.6. zmluvy;

ako aj všetky náklady, ktoré poskytovateľ vynaložil pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti poistencovi počas hospitalizácie. Pre vylúčenie akýchkoľvek pochybností sa zmluvné strany dohodli, že v úhrade za hospitalizačný prípad je zahrnutá aj úhrada za zdravotnú starostlivosť uvedenú v prílohe . 2a k zmluve, ak sú na to splnené podmienky podľa tejto prílohy k zmluve.

4. Ak nie je dojednané inak, úhrada za všetku ambulantnú zdravotnú starostlivosť, vrátane zdravotnej starostlivosti poskytovanej zariadením spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek, a služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti, uvedené na odporúčenie podľa bodu písm. s) bodu 4.6. zmluvy poskytovateľom alebo iným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti v de začiatku hospitalizácie, ako aj kedykoľvek počas hospitalizácie, bez uvedeného ID hospitalizačného prípadu, bude automaticky započítaná do úhrady za hospitalizačný prípad, pokiaľ poskytovateľ nepreukáže, že táto zdravotná starostlivosť resp. služba súvisiaca s poskytovaním zdravotnej starostlivosti nesúvisí s hospitalizačným prípadom. V prípade, ak na odporúčenie podľa písm. s) bodu 4.6. zmluvy nebude uvedený dátum odporúčenia, zdravotná poisťovňa a zdravotnú starostlivosť a/alebo službu súvisiacu s poskytovaním zdravotnej starostlivosti neuhradí a požiadava poskytovateľa a/alebo iného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti o jeho doplnenie.
5. Úhrada za hospitalizačný prípad nezahŕňa úhradu za výkony dialyzynej liečby pri chronickom zlyhaní obličiek a výkony záchrannej zdravotnej služby poskytnuté poskytovateľom alebo iným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti.
6. Zdravotná poisťovňa a úhrada zdravotných výkonov poskytnutých poistencovi zariadením spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek (alež len „SVLZ“), ktoré podľa ustanovení tejto prílohy mali byť zahrnuté v úhrade za hospitalizačný prípad, poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti prevádzkujúcemu zariadenie SVLZ, pričom zdravotná poisťovňa má voči poskytovateľovi právo na refundáciu nákladov podľa bodu 8 tejto prílohy.
7. Zdravotná poisťovňa a je oprávnená žiadať od poskytovateľa a refundáciu nákladov na úhradu zdravotnej starostlivosti, špeciálneho zdravotníckeho materiálu a služieb súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti, ktoré zdravotná poisťovňa a uhradila nad rámec hospitalizačného prípadu poskytovateľovi alebo inému poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti a sú asne podľa ustanovení tejto prílohy mali byť zahrnuté v úhrade za hospitalizačný prípad. Zmluvné strany sa dohodli na započítaní pohľadávky zdravotnej poisťovne podľa bezprostredne predchádzajúcej vety s pohľadávkou alebo pohľadávkami poskytovateľa a na úhradu zdravotnej starostlivosti voči zdravotnej poisťovni.
8. Na účely určenia výšky refundácie podľa bezprostredne predchádzajúceho bodu sa vychádza z výšky úhrady za zdravotnú starostlivosť a služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti, ktoré má zdravotná poisťovňa a zmluvne dojednané s poskytovateľom alebo iným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti v ase poskytnutia zdravotnej starostlivosti resp. služby súvisiacej s poskytovaním zdravotnej starostlivosti, resp. z nadobúdacej ceny špeciálneho zdravotníckeho materiálu.
9. Hospitalizácia poistenca na psychiatrickom oddelení alebo inom oddelení s DRG nerelevantnou odbornosťou okrem domu ošetrovateľskej starostlivosti (alež len „DOS“) a hospicu, ktorému predchádzala hospitalizácia poistenca na oddelení s DRG relevantnou odbornosťou a/alebo ktorá pokračovala hospitalizáciou na oddelení s DRG relevantnou odbornosťou v tom istom samostatnom ústavnom zariadení sa považuje za súčasť jedného hospitalizačného prípadu (t.j. má rovnaké ID hospitalizačného prípadu), avšak jej trvanie sa nezapočítava do obdobia trvania hospitalizačného prípadu a zároveň náklady na hospitalizáciu poistenca na psychiatrickom oddelení alebo inom oddelení s DRG nerelevantnou odbornosťou okrem DOS a hospicu sa nezapočítavajú do úhrady za hospitalizačný prípad. Hospitalizácia na psychiatrickom oddelení alebo inom oddelení s DRG nerelevantnou odbornosťou okrem DOS a hospicu sa uhradí podľa prílohy . 2b k zmluve.
10. Hospitalizácia poistenca v hospici a/alebo v DOS, ktorému predchádzala hospitalizácia na oddelení s DRG relevantnou odbornosťou a/alebo ktorá pokračovala hospitalizáciou na oddelení s DRG relevantnou odbornosťou v tom istom samostatnom ústavnom zariadení sa nepovažuje za súčasť jedného hospitalizačného prípadu (nemá rovnaké ID hospitalizačného prípadu), jej trvanie sa nezapočítava do obdobia trvania hospitalizačného prípadu a zároveň náklady na hospitalizáciu poistenca v DOS alebo v hospici a služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti poskytované v DOS alebo v hospici sa nezapočítavajú do úhrady za hospitalizačný prípad. Hospitalizácia v DOS alebo hospici sa uhradí podľa prílohy . 2b k zmluve.
11. Ak pre určenie diagnosticko-terapeutickú skupinu nie je v katalógu prípadových paušálov určená žiadna relatívna váha, použije sa relatívna váha uvedená v nasledovnej tabuľke:

DRG skupina kód	DRG skupina názov	relatívna váha
B61B	Urútené akútne ochorenia a poranenia miechy bez komplexného výkonu alebo viac ako 13 ošetrovacích dní alebo žiadne preloženie alež	1,8450
B76A	Záchvaty, viac ako jeden ošetrovací deň, s komplexnou diagnózou a liečbou	0,8940
E76A	Tuberkulóza, viac ako 14 ošetrovacích dní	1,2420
ostatné		1,0278

12. Ak poskytovateľ predpokladá trvanie hospitalizačného prípadu dlhšie ako 2 mesiace, informuje o tejto skutočnosti zdravotnú poisťovňu najneskôr do 2 mesiacov od začiatku takéhoto hospitalizačného prípadu a dohodne so zdravotnou poisťovňou individuálny spôsob úhrady za hospitalizáciu.
13. Ak poskytovateľ počas hospitalizácie použil lieky a/alebo zdravotnícke pomôcky, ktoré na svoje náklady obstarala zdravotná poisťovňa, má zdravotná poisťovňa a poskytovateľ právo na refundáciu týchto nákladov. Zmluvné strany sa dohodli na započítaní pohľadávky zdravotnej poisťovne podľa predchádzajúcej vety tohto bodu s pohľadávkou alebo pohľadávkami poskytovateľa na úhradu zdravotnej starostlivosti voči zdravotnej poisťovni.

III. Zlučovanie hospitalizačných prípadov

1. Opätovné prijatie poistenca do ústavnej zdravotnej starostlivosti u toho istého poskytovateľa (ale aj ako „opätovné prijatie“), ktoré sa uskutočňuje v určitých nižšie definovaných časových intervaloch a za určitých nižšie definovaných okolností, je v systéme DRG poskytovateľ povinný zlúčiť do jedného hospitalizačného prípadu a vykázat ich na úhradu do zdravotnej poisťovne pod jedným hospitalizačným prípadom.
2. Povinné zlúčenie hospitalizačných prípadov pri opätovnom prijatí sa uskutočňuje:
 - a) ak je poistenec znovu prijatý do ústavnej zdravotnej starostlivosti u poskytovateľa (ale aj ako „opakovaná hospitalizácia“) v časovom intervale ako je horná hranica ošetrovacej doby príslušnej DRG skupiny podľa katalógu prípadových paušálov, pričom výpočet sa vzťahuje k dátumu prijatia na prvé poskytovanie zdravotnej starostlivosti u poskytovateľa (ale aj ako „prvá hospitalizácia“), ktorá je na základe tohto pravidla zlúčovaná a zároveň opakovaná hospitalizácia by bola zaradená do tej istej základnej DRG skupiny ako prvá hospitalizácia, alebo
 - b) ak je poistenec znovu prijatý do ústavnej zdravotnej starostlivosti u poskytovateľa v časovom intervale do 30 kalendárnych dní odo dňa prijatia na prvú hospitalizáciu z hospitalizácií, ktorá vyhovuje podmienke zlúčenia, a zároveň v rámci tej istej hlavnej diagnostickej kategórie (MDC) podľa katalógu prípadových paušálov bola prvá hospitalizácia zaradená do „medicínskeho“ alebo „iného“ segmentu a opakovaná hospitalizácia do „operačného“ segmentu, alebo
 - c) ak je poistenec znovu prijatý do ústavnej zdravotnej starostlivosti u poskytovateľa v časovom intervale do hornej hranice pre stanovenú dĺžku ošetrovacej doby príslušnej DRG skupiny podľa katalógu prípadových paušálov a zároveň dôvodom pre opakovanú hospitalizáciu je komplikácia zdravotného stavu v súvislosti s predchádzajúcou hospitalizáciou, za ktorú preberá zodpovednosť zdravotnícke zariadenie (napr. nosokomiálna infekcia);

písm. a) a b) sa nevzťahuje na prípady tých DRG skupín, ktoré sú v katalógu prípadových paušálov v stĺpci „Výnimka pri opätovnom prijatí“ označené symbolom „x“;

písm. c) nevzťahuje na nezvrátené vedľajšie účinky chemoterapie a rádioterapie v rámci zdravotnej starostlivosti súvisiacej s onkologickou liečbou.
3. Postup pri zlúčení hospitalizačných prípadov je nasledovný:
 - a) Pri zlúčení podľa pravidiel uvedených v predchádzajúcom bode je potrebné vykonať nové zaradenie každého hospitalizačného prípadu do DRG skupiny. Zdravotnícke zariadenie je povinné zlúčiť do jedného hospitalizačného prípadu všetky predchádzajúce hospitalizácie pacienta v tom istom zdravotníckom zariadení a vykonať nové zaradenie do DRG skupiny.
 - b) Pri posudzovaní zlúčenia sa uplatňuje chronologické overenie hospitalizácií. Ošetrovacia doba sa stanoví ako súčet ošetrovacích dní všetkých zlúčených hospitalizácií poistenca u poskytovateľa.
 - c) Horná hranica ošetrovacej doby, ktorá je rozhodujúca pre zlúčenie hospitalizačných prípadov, sa odvíja od dátumu prijatia a zaradenia do DRG skupiny prvej hospitalizácie, pre ktorú je v tomto zariadení pravidlo zlúčenia hospitalizačných prípadov iné.
 - d) Ak už poskytovateľ predtým jednu zo zlúčených hospitalizácií vykázal na úhradu do zdravotnej poisťovne, je poskytovateľ povinný toto vykázanie stornovať.
4. Táto časť prílohy sa uplatní najskôr na tie hospitalizačné prípady, pri ktorých došlo k prijatiu poistenca do ústavnej zdravotnej starostlivosti u poskytovateľa po 1.1.2018 (vrátane), a ak inak neustanoví všeobecne záväzný právny predpis alebo predpis vydaný orgánom verejnej moci (napr. Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou) na základe všeobecne záväzného právneho predpisu.

IV. Spoločné a prechodné ustanovenia

1. Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou najneskôr do 30. septembra kalendárneho roka zverejní na svojom webovom sídle na nasledujúci kalendárny rok:
 - a) definíciu príručky, ktorá obsahuje detailný popis systému DRG s uvedením grafického znázornenia všetkých zaraďovacích algoritmov a k nim prislúchajúcich logických výrazov a tabuliek,
 - b) katalóg prípadových paušálov, ktorý obsahuje zoznam jednotlivých diagnosticko-terapeutických skupín, relatívne váhy a ďalšie údaje potrebné k úhrade relevantnej zdravotnej starostlivosti podľa systému DRG, najmä popis diagnosticko-terapeutickej skupiny, strednú hodnotu ošetrovacej doby, dolnú a hornú hranicu ošetrovacej doby, zníženie relatívnej váhy pri ošetrovacej dobe kratšej ako dolná hranica a zvýšenie relatívnej váhy pri ošetrovacej dobe dlhšej ako horná hranica,

c) zoznam základných sadzieb.
(alej aj ako „DRG dokumenty“)

2. Pod a DRG dokumentov, ktoré Úrad pre dohady nad zdravotnou starostlivosťou ako posledné zverejní k 30. septembru na svojom webovom sídle na nasledujúci kalendárny rok, zmluvné strany postupujú pri úhrade zdravotnej starostlivosti pod a systémom DRG počas celého nasledujúceho kalendárneho roka. Pre vylúčenie akýchkoľvek pochybností sa zmluvné strany dohodli, že podmienka zverejnenia do 30. septembra kalendárneho roka sa nepoužije na DRG dokumenty, ktoré majú byť použité pre kalendárny rok 2017. Na hospitalizačný prípad sa aplikujú DRG dokumenty vzťahujúce sa na kalendárny rok, v ktorom došlo k prijatiu poistenca do ústavnej zdravotnej starostlivosti, resp. k prijatiu do ústavnej starostlivosti pri prvom zluo vaných hospitalizačných prípadoch.
3. Ak Úrad pre dohady nad zdravotnou starostlivosťou najneskôr do 30. septembra kalendárneho roka pre nasledujúci kalendárny rok nevydá dokumenty pod a písm. a) až c) bodu 1 tejto prílohy alebo niektorý z týchto dokumentov, resp. na základe zmeny zákona stratí túto právomoc bez toho aby ju na základe zákona nadobudol iný orgán verejnej moci, vydá tieto dokumenty pre účel uvedený v bode 1 tejto prílohy zdravotná poisťovňa a zverejní ich na svojom webovom sídle.
4. Aj pri úhrade zdravotnej starostlivosti pod a systémom DRG sa primerane použijú podmienky úhrady zdravotnej starostlivosti vyplývajúce z bodu 9 prílohy 2b k zmluve.
5. Účinnosť tejto prílohy sa pozastavuje na obdobie, počas ktorého nie je platné osvedčenie o zhode podľa tohto programu zdravotnej poisťovne používaného na zaraďovanie hospitalizačných prípadov do diagnosticko-terapeutických skupín, najskôr však sa za splnenia tejto podmienky účinnosť tejto prílohy pozastavuje od 1.7.2017. Osvedčením o zhode podľa tohto programu sa rozumie pod a zákona 581/2004 Z. z. vydané osvedčenie zhody podľa tohto programu s definíciou príručky.

